

Prot. N°

Bergamo,

Alla Famiglia di

Oggetto: Convocazione al collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno con disabilità ai fini dell'integrazione scolastica.

Con la presente, tenuto conto della Vostra richiesta, siete invitati a presentarvi a visita, con il/la figlio/a, al Collegio di Accertamento

presso il Distretto Socio Sanitario di _____

Via _____

Sala _____

il giorno _____

alle ore _____

ai sensi del DPCM n. 185 del 23 febbraio 2006.

In caso di impossibilità ad essere presenti alla convocazione, si invita ad avvertire tempestivamente lo scrivente Servizio.

Distinti saluti.

**Il Responsabile
Dr. Pietro Zoncheddu**

(firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D. Lgs 39/93, art. 3 comma 2.)

Il Responsabile del Procedimento: dr. Pietro Zoncheddu
Il Funzionario Competente: Maddalena Badoni - Valeria Maringoni
tel.0352676490; e-mail: disabilita-autismo.segreteria@asst-pg23.it