

 <p>ISTITUTO SERAFICO ASSISI Centro di Riabilitazione</p>	RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE/TRATTAMENTO DSA	Mod. 191 Rev.00
		Pag. 1 di 1

IL/LA SOTTOSCRITTO/A GENITORE/TUTORE

DEL MINORE

NATO A..... (.....) IL

CHIEDE

Il seguente servizio (barrare quello/i richiesto/i):

- Colloquio informativo con genitori/ tutore
- Diagnosi clinico-neuropsicologica e certificazione DSA
- Aggiornamento diagnosi e certificazione DSA

Trattamento DSA

- Intervento riabilitativo individualizzato e/o in piccolo gruppo
- Intervento educativo individualizzato e/o in piccolo gruppo
- Colloquio psicologico, di sostegno e psicoterapia per bambini e ragazzi e di supporto genitoriale
- Consulenza e/o supervisione insegnanti (in sede o fuori sede)
- Visite e consulenze individuali (di tipo medico, psicologico, pedagogico)

Formazione

- Corso di formazione per insegnanti/educatori
- Corso di formazione per genitori/ tutori

Per tale/i prestazione/i si obbliga a corrispondere, con le modalità che saranno comunicate al momento dell'accettazione della presente prenotazione, le tariffe vigenti deliberate dal Cda dell'Ente.

DATA.....

IN FEDE

.....

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo:

città/fraz/loc _____ prov.(_____)

via/piazza/corso/largo _____

recapito tel. _____ e-mail _____

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali all'Istituto Serafico Assisi per comunicazioni e atti relativi alla presente richiesta, ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e successive modificazioni - Codice in materia di protezione dei dati personali

DATA

Firma

.....

Il presente modello va compilato in ogni sua parte e spedito all'indirizzo di posta elettronica : segreteria sanitaria@serafico.it
via Fax al numero 075816820