

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VIA P. R. PIROTTA"

LA DOCENTE SOTTOSCRITTA

COMUNICA LA PRENOTAZIONE DEL GLH DELL'ALUNNO

DELLA CLASSE _____ PLESSO _____

IL GIORNO _____ ALLE ORE _____

PRESSO IL PLESSO _____

SI PREGA INVIARE LA COMUNICAZIONE AI SEGUENTI RECAPITI:

FAMIGLIA DELL'ALUNNO

NEUROPSICHIATRA
NOMINATIVI:

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

TERAPISTI
NOMINATIVI:

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

✓ _____
SEDE ASL _____ FAX: _____

COOPERATIVA NUOVE RISPOSTE FAX: _____

FIRMA

DATA _____