

Al Dirigente Scolastico  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
SANTU LUSSURGIU

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore/tutore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_, frequentante, nell'anno scol. \_\_\_\_/\_\_\_\_, la  
classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_, in data odierna consegna quanto segue:

Verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'handicap

Diagnosi Funzionale

Certificato medico-specialistico rilasciato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'Ente)

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_