



AUTODICHIARAZIONE VALUTAZIONE DSA

**Al Dirigente Scolastico
del Liceo Ettore Majorana**

e p.c. Ai docenti della classe _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov.) _____ il _____
residente in _____ (prov.) _____
via/piazza _____ n. _____
padre/madre dell'alunno/a _____
iscritto alla classe _____ di codesto Istituto Scolastico,
sotto la personale responsabilità,

DICHIARA

(barrare l'opzione che interessa)

di aver preso appuntamento presso la struttura pubblica/accreditata

_____ per una prima visita per una valutazione per sospette Difficoltà Specifiche di Apprendimento (DSA) del/la proprio/a figlio/a e che il nominativo del proprio figlio è stato inserito nelle liste di attesa della stessa struttura.

di essere in attesa della convalida da parte la struttura pubblica

_____ della diagnosi rilasciata da: (indicare nominativo del professionista o del centro):

Roma, _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)