Allegato 13

Al Dipartimento di Prevenzione

**SPISAL** ULSS 9/8/7

[Indirizzo ]

Al Dirigente Scolastico

[Nome istituto scolastico]

[Indirizzo

Treviso li,

Oggetto: **Richiesta rilascio certificato idoneità alla frequenza presso l’Istituto secondario di secondo grado………………………………(nome istituto)**

Il sottoscritto……………………………………………………….………………………………., esercente la responsabilità genitoriale dell’alunno ……….………………………………………

nato il………………………………a…………………………………, con la presente chiede cortesemente:

* **allo SPISAL**  di essere contattato al recapito sotto indicato per la visita specialistica di verifica di compatibilità della disabilità con le attività che verranno svolte, in particolare per quanto riguarda i laboratori, al fine del rilascio del certificato di idoneità alla frequenza presso l’istit…….. (nome istituto).
* **al Dirigente Scolastico** dell’istituto in oggetto di inviare allo SPISAL:
* l’estratto del Documento di Valutazione dei Rischi per la parte pertinente alle attività che dovrà svolgere lo studente,
* una breve relazione di presentazione delle attività laboratoriali,
* i recapiti del RSPP per eventuali contatti con lo SPISAL.

Distinti saluti

Firma dell’esercente la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’esercente la responsabilità genitoriale:

Recapito telefonico ………….…………………………………………………………………………………………………

Indirizzo…………………………………………………………………………………………………