

Prot. N°

Bergamo,

**Alla Famiglia di**

**Oggetto: Convocazione al collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno con disabilità ai fini dell'integrazione scolastica.**

Con la presente, tenuto conto della Vostra richiesta, siete invitati a presentarvi a visita, con il/la figlio/a, al Collegio di Accertamento

**presso il Distretto Socio Sanitario di**

**Via – Sala**

**il giorno alle ore**

ai sensi del DPCM n. 185 del 23 febbraio 2006.

In caso di impossibilità ad essere presenti alla convocazione, si invita ad avvertire tempestivamente lo scrivente Servizio.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
Dr. Pietro Zoncheddu

Il Responsabile del Procedimento: dr. Pietro Zoncheddu  
Il Funzionario Competente: Maddalena Badoni-Cinzia Valoti  
tel.0352676490 ; e mail: [disabilita.autismo@asst-pg23.it](mailto:disabilita.autismo@asst-pg23.it)