****

**C.T.S. Piacenza**

Via Liberazione 3

29010 Roveleto di Cadeo Piacenza

tel. 0523 502017 fax 0523 501819

e-mail CTS: piacenza@cts.istruzioneer.it

**Scheda per la richiesta di consulenza allo sportello autismo**

**Istituzione scolastica**

Denominazione istituzione scolastica .............................

Codice meccanografico.................................................

Recapito telefonico d'istituto..........................................

Plesso - Sede................................................................

Dirigente (nome e cognome).........................................

**Richiedente**

Docente (nome e cognome).........................................

Docente: curricolare/di sostegno

Altro:

Recapito telefonico docente................................................

Recapito mail docente.........................................................

Anno di nascita dello studente per il quale è richiesta la consulenza .........................................................................

Codice ICD 10......................................................................

Descrizione sintetica e motivazione della richiesta.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il docente sostegno/coordinatore di classe**

 **.....................................................................**