

CONSENSO INFORMATO PER LO SVOLGIMENTO DELLO SCREENING - ANNO SCOLASTICO 2022-2023

I sottoscritti COGNOME.....NOME..... e
COGNOME.....NOME..... in qualità di genitori del
minore COGNOME..... NOME..... nato/a a
..... il....., iscritto/a presso la Scuola dell'Infanzia/la Scuola Primaria
..... nella classe.....sez.....,

DICHIARANO

di aver letto l'informativa allegata al presente modulo e di voler aderire al progetto di screening per l'individuazione precoce dei disturbi dell'apprendimento che si terrà presso l'Istituto nell'anno scolastico 2022/2023.

AUTORIZZANO LO SCREENING

NON AUTORIZZANO LO SCREENING

Luogo

Lì/...../.....

Firma dei genitori

.....