CONSENSO INFORMATO per ATTIVITA’ DI SCREENING DSA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’ICG, MACHERIONE

CALATABIANO/PIEDIMONTE ETNEO

I sottoscritti genitori

Madre e padre dell’alunno/a

Iscritto/a alla Scuola Primaria, classe\_\_\_\_\_\_sez. plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ai sensi dell’art. 13 del D. lgsN. 196/2003 e del RegolamentoGenerale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del27 aprile 2016) e del Regolamento di Istituto,

# Dichiarano

di autorizzare la partecipazione del/la proprio/a figlio/a

a partecipare all’attività di screening finalizzata al rilevamento dei livelli di apprendimento delle abilità di letto-scrittura.

che si terrà in data presso di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dalle ore ………………… alle ore ……………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li / /

**FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI**

Letto e Firmato per accettazione

Firma del padre Firma della madre: