**I.C. “Aristide Leonori”**

**Autorizzazione alla partecipazione allo Screening**

**per l’individuazione delle difficoltà di apprendimento (DSA)**

(Genitore 1)

Io sottoscritto/ COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore legale del minore COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, iscritto/a presso l’Istituto Comprensivo Leonori per la classe\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_,

dichiaro

di acconsentire allo screening per l’individuazione di difficoltà di apprendimento che si terrà presso la sede dell’I. C. “Aristide Leonori” di via Funi 81, da parte degli operatori dell’associazione “Percorsi Evolutivi” di Roma.

Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Genitore 2)

Io sottoscritto/ COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore legale del minore COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, iscritto/a presso l’Istituto Comprensivo Leonori per la classe\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_,

dichiaro

di acconsentire allo screening per l’individuazione di difficoltà di apprendimento che si terrà presso la sede dell’I. C. “Aristide Leonori” di via Funi 81, da parte degli operatori dell’associazione “Percorsi Evolutivi” di Roma.

Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⎕ \_Autorizzo gli operatori sanitari coinvolti nel progetto al trattamento dei dati personali del minore a mia tutela per gli usi consentiti dalla legge, alla somministrazione di test neuropsicologici e all’osservazione diretta del medesimo.

Roma, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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