(All. n. 2)

MODULO ATTIVAZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

_____

I sottoscritti genitori esercenti la responsabilità genitoriale:

Nome e cognome:_____Residente a_____Indirizzo: _____C.F.:_____Mobile: _____Email: _____

Nome e cognome:_____Residente a_____Indirizzo: _____C.F.:_____Mobile: _____Email: _____

Preso atto

- che nell'ambito del progetto pilota finalizzato a favorire il riconoscimento precoce dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), codesto istituto si avvale dell'equipe multidisciplinare appositamente istituita presso il distretto di_____;
- delle indicazioni pervenute dal Consiglio di classe

CHIEDONO

- che il proprio figlio venga sottoposto ad uno screening di accertamento diagnostico e a successiva eventuale certificazione del disturbo; pertanto,

AUTORIZZANO

- La scuola ad attivare direttamente tramite l'equipe dedicata l'iter di accertamento del disturbo in orario scolastico e presso i locali dell'istituto di riferimento;

in alternativa

CHIEDONO

- Che l'accertamento venga effettuato in orario pomeridiano presso i locali dell'ASP (si specifica che in questo caso il proprio figlio verrà accompagnato direttamente dagli esercenti la responsabilità genitoriale) e che la scuola si faccia carico, quindi, di prenotare la visita trasmettendo all'equipe tutta la documentazione necessaria.

Luogo e data, _____

Firma esercente responsabilità genitoriale

*Sig.*_____

Firma esercente responsabilità genitoriale

Sig.ra _____

Spazio riservato all'informativa e al trattamento dati, a cura dell'Istituzione scolastica.