Al Dirigente Scolastico

Prof.ssa Aurelia Antonietta Bavuso

I sottoscritti genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_sez\_\_\_\_ della Scuola Primaria

AUTORIZZANO

il proprio figlio/a a partecipare allo screening mirato alla rilevazione dei livelli di apprendimento delle abilità di letto-scrittura, che si terrà il 6 Ottobre p.v. nei locali della Scuola.

Di tale attività si occuperà la Dott.ssa Annalisa Cagia (Psicologa e Psicoterapeuta cognitivo comportamentale, esperta in psicopatologia dell’apprendimento), affiancata dalla psicologa del Servizio Sociale, dott.ssa Antonietta Pizza.

I risultati dello screening saranno discussi con i soli genitori dei bambini risultati a rischio.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre

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

 Firma della madre

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