

RE. S. A. BES

Sportello d'Ascolto e Consulenza Psicologica

Consenso informato

(D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003)

Il sottoscritto _____
genitore/affidatario dell' alunno/a _____ nato a _____
il _____ frequentante la classe _____

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di:

- incontri individuali e/o collettivi
- osservazioni in classe
- accertamenti individualizzati e/o collettivi
- screening per l'individuazione precoce dei DSA

con la Psicologa, la Dott.ssa Tiziana Cambria
con la Psicologa, la Dott.ssa **A. MORABITO**

Data

In fede, Firma
