



DISTRETTO
SOCIOSANITARION° 17

Piano di Zona 2019-2020 seconda annualità
Azione progettuale n. 2 “*Servizio di sostegno psico-educativo*”

Consenso informato

I sottoscritti,

Nome Cognome

Nome Cognome

in qualità di genitori (o di chi esercita le responsabilità genitoriale)

dell’alunno/a, nato a il.....

iscritto alla classe..... sez.....

dell’Istituto

AUTORIZZANO

l’équipe multidisciplinare, operante nella scuola, a incontrare gli alunni, sia in classe che individualmente, qualora sia necessario. Gli incontri hanno il fine di eseguire specifici approfondimenti psicopedagogici, volti ad approfondire la natura delle difficoltà relazionali, comportamentali e/o di apprendimento.

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI*

.....

.....

Autorizzano inoltre l’équipe a confrontarsi con gli altri enti o figure specialistiche che ruotano attorno agli alunni al fine di individuare le migliori strategie di intervento da attuare.

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI*

.....

.....

(*) Nel caso di firma di un solo genitore, si intende e sottoscrive quanto segue: “Ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro che la/il madre/padre dell'alunno/a è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente domanda"

DATA

FIRMA.....