



**DISTRETTO
SOCIOSANITARIO N° 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 genitoriali)
dell’alunno/a nato a il
iscritto alla classe sez.
dell’Istituto

AUTORIZZANO

l’equipe multidisciplinare, operante nella scuola, a incontrare individualmente l’alunno/a per eseguire specifici approfondimenti psicopedagogici, volte ad approfondire la natura delle difficoltà relazionali, comportamentali e/o di apprendimento segnalate dagli insegnanti.

FIRMA*

DATA

.....
.....

Autorizzano inoltre l’equipe a confrontarsi con gli altri enti o figure specialistiche che ruotano attorno all’alunno/a al fine di individuare le migliori strategie di intervento da attuare.

FIRMA*

.....
.....

(*) 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”

FIRMA.....