

**CONSENSO INFORMATO PER LO SVOLGIMENTO DELLO SCREENING  
ANNO SCOLASTICO 2022-2023**

I sottoscritti

COGNOME.....NOME.....  
..... e

COGNOME.....NOME.....  
.....  
in qualità di genitori      tutore legale del minore

COGNOME.....NOME.....  
.....

nato/a a ..... il....., iscritto/a  
presso l'Istituto  
Ordine di scuola .....

..... nella classe.....sez.....,

DICHIARANO di aver letto l'informativa allegata al presente modulo e di voler aderire  
al progetto di screening per l'individuazione dei disturbi dell'apprendimento che si terrà  
presso .....nell'anno scolastico 2022-2023

AUTORIZZANO LO SCREENING

NON AUTORIZZANO LO SCREENING

...../...../.....

Firma dei genitori

.....

.....

