

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Cavour di Catania

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

frequentante la classe \_\_\_\_\_sez\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di primo grado

AUTORIZZANO

Il proprio figlio a partecipare allo screening per la rilevazione dei livelli di apprendimento delle abilità di letto-scrittura che si terrà nei mesi di gennaio/febbraio nei locali della scuola.

Di tale attività si occuperà personalmente la Dott.ssa Simona Di Stefano (clinico specializzato)

I risultati dello screening saranno discussi con i docenti del Consiglio di Classe.

I genitori degli alunni per i quali saranno riscontrate criticità riceveranno una comunicazione dalla scuola e, qualora lo richiedessero, potranno avere la possibilità di contattare e ricevere chiarimenti direttamente dalla Dott.ssa Simona Di Stefano.

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

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

 Firma della madre

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