

R.E.S.A.B.E.S.
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
_____ della Scuola _____

A U T O R I Z Z A

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 Fazio Vanessa Maria

con la Pedagogista, la Dott.ssa Scavo Francesca

Data

In fede, Firma
