



## Istituto Comprensivo di Barzanò

SEDE: Via Leonardo da Vinci, 22 – 23891 Barzanò (Lecco)

C.F. 85001820134- Cod. Min. LCIC80800X

Tel. 039.955044 / 039.9272537 - Fax 039.9287473

e-mail: [lcic80800x@istruzione.it](mailto:lcic80800x@istruzione.it) - sito web: [www.icsbarzano.edu.it](http://www.icsbarzano.edu.it)

---

Circolare n. 40 del 08/11/2024

### **MODULO DI CONSENSO PER LA PARTECIPAZIONE ALL' ATTIVITÀ' DI SCREENING DELLE DIFFICOLTÀ' DI APPRENDIMENTO RIVOLTA ALLE CLASSE 2<sup>A</sup> E 3<sup>A</sup> DELLA SCUOLA PRIMARIA**

Gentili genitori,

all'interno del progetto Counselling Scolastico che coinvolge tutto l'Istituto Comprensivo ed in collaborazione con gli insegnanti di classe, la scuola offre l'opportunità di svolgere un progetto di screening per le difficoltà di apprendimento rivolto alle classi 2<sup>A</sup> e 3<sup>A</sup>.

In particolare lo screening riguarderà:

- la abilità di lettura e scrittura per le classi 2<sup>A</sup>
- Le abilità di calcolo per le classi 3<sup>A</sup>

Verranno proposte due prove nel corso dell'anno:

- Una prima prova nel mese di novembre/dicembre, che coinvolgerà tutta la classe
- Una seconda prova nel mese di aprile che coinvolgerà solamente gli alunni per i quali sono emerse delle fragilità durante la prima somministrazione.

A seguito della seconda prova verrà proposto un colloquio di restituzione, in presenza della psicologa e dei docenti di classe, rivolto ai genitori degli alunni che hanno evidenziato delle fragilità.

È importante precisare che gli esiti delle prove somministrate non hanno valore diagnostico: per fare diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento è necessaria una valutazione più approfondita e che tenga conto di molteplici fattori, da svolgersi presso un ente accreditato; la proposta ha invece un intento preventivo volto a identificare, in associazione alle osservazioni condotte quotidianamente dagli insegnanti, eventuali fragilità di apprendimento degli alunni, favorendo quindi la possibilità di attivare un approfondimento diagnostico ed un intervento tempestivo laddove necessario.

**Per la partecipazione al progetto si richiede l'autorizzazione dei genitori (vedi modulo allegato e consegnato dai docenti in classe da restituire firmato entro il 19/11/2024)**

- È necessaria la firma di entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, anche se separati.
- Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di affidamento super esclusivo allo stesso da parte del Tribunale.
- Infine, nel caso in cui la tutela del minore sia affidata ad una persona/ente diversa dai genitori, si richiede la sua autorizzazione (vedi sezione apposita da compilare).

\*In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori esercente la responsabilità genitoriale, o del tutore, il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza.

Si prega di compilare il seguente modulo, il quale dovrà essere **consegnato da tutti gli allievi agli insegnanti di classe entro il 19/11/2024**

<b>NOME E COGNOME DELL'ALUNNO</b>	
<b>CLASSE</b>	

**COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MODULO PER I GENITORI**

Il genitore \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**dichiara di aver compreso quanto illustrato nella presente liberatoria e decide con piena consapevolezza di  
(barrare la casella)**

**prestare il proprio consenso      non prestare il proprio consenso**

affinché il/la figlio/a possa partecipare al progetto di screening delle difficoltà di apprendimento  
condotto dalla psicologa d'istituto dott.ssa Omati Miriam

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

Il genitore \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**dichiara di aver compreso quanto illustrato nella presente liberatoria e decide con piena consapevolezza di  
(barrare la casella)**

**prestare il proprio consenso      non prestare il proprio consenso**

affinché il/la figlio/a possa partecipare al progetto di screening delle difficoltà di apprendimento  
condotto dalla psicologa d'istituto dott.ssa Omati Miriam

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

**MODULO PER MINORI SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig./l'ente \_\_\_\_\_ tutore del minore in ragione di (*indicare provvedimento,  
Autorità emanante, data numero*) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**dichiara di aver compreso quanto illustrato nella presente liberatoria e decide con piena consapevolezza di  
(barrare la casella)**

**prestare il proprio consenso      non prestare il proprio consenso**

affinché il/la minore possa partecipare al progetto di screening delle difficoltà di apprendimento  
condotto dalla psicologa d'istituto dott.ssa Omati Miriam

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_