

MINISTERO DELL’ISTRUZIONE

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE COMPLETO “B. CROCE”**

Via Marco Polo 9 – 21010 FERNO (Va)

Tel 0331.240260 Fax 0331.728654

Cod. Min. VAIC86100R – Cod. Fisc. 91032280124

# Prot.

## Consenso Informato

*(L’originale sarà conservato dalla scuola, una copia sarà consegnata al genitore)*

*Dati dell’alunno/a*

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati del genitore/rappresentante legale:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati del genitore/rappresentante legale:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Testo del consenso*

Nome del progetto: ***Indipote(dn)S*** *acronimo significativo di “****Indi****viduazione precoce,* ***pote****nziamento dei* ***d****isturbi del* ***n****euro****s****viluppo”*

Per favore selezioni con una “X” la risposta desiderata:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sì | No |
| Sono stato informato del percorso scolastico di mio figlio, in merito alle fasi di osservazione e potenziamento nonché delle risultanze inerenti criticità di apprendimento ancora persistenti |  |  |
| Sono stato informato circa le spiegazioni relative alla riservatezza dei dati riguardanti mio figlio/a |  |  |
| Sono stato informato sul diritto di non considerare significative le informazioni avute circa le criticità di apprendimento, di mio figlio/a, ancora persistenti |  |  |
| Ho letto e compreso l’informativa scritta che mi è stata consegnata relativa al suddetto progetto. Le mie domande relative a tale progetto sono state chiarite in modo soddisfacente. Io posso conservare il materiale scritto che mi è stato consegnato e ricevere una copia della mia dichiarazione di consenso informato |  |  |
| Ho avuto tempo a sufficienza per prendere decisioni in merito a quanto proposto |  |  |
| Ho parlato con il Case Manager e/o il coordinatore di team/classe e/o il Dirigente Scolastico o suo incaricato |  |  |

Firmato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Conferma del coordinatore dell’incontro informativo.*

*(Questa parte sarà compilata dal coordinatore dell’incontro informativo con la famiglia. L’originale sarà consegnato ai genitori; una copia sarà conservata agli atti della scuola) DOPPIO RISPETTO A SOPRA*

Ho dato ai genitori dettagliate e accurate informazioni relative a questo progetto, in merito alle fasi di osservazione e potenziamento, ed alle successive possibilità di presentazione ed eventuale presa in carico da parte delle NPI di riferimento, nonché delle risultanze inerenti criticità di apprendimento ancora persistenti. Non c’è stata influenza indebita.

Nome e Cognome del coordinatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del coordinatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_