Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "K. Wojtyla – G. da Fiore"
Isola di Capo Rizzuto

AUTORIZZAZIONE SCREENING PER INDIVIDUAZIONE DSA

Si comunica alle famiglie che l'Istituto ha attivato un'azione di monitoraggio sui disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), rivolta alle classi seconde della Scuola Primaria e alle classi prime della Scuola secondaria di primo grado, in riferimento a quanto suggerito dalla legge 170/2010 e dalle Linee Guida per la diagnosi e la gestione dei disturbi specifici dell'apprendimento della Regione Calabria prot. 243370 del 09/05/2023.
Lo screening, completamente gratuito per le famiglie, verrà effettuato dagli Insegnanti dell'Istituto e dalla referente BES/DSA ins. Chisari salvatrice, sulla base di una serie di prove di letto-scrittura tramite test collettivi. I risultati verranno elaborati dai docenti e in caso di sospetto verranno comunicati singolarmente alle famiglie. Tale screening servirà per "leggere" le difficoltà ed individuare le strategie più idonee riguardo all'intervento educativo. I dati raccolti saranno adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità, trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza esclusivamente da personale incaricato e autorizzato e non saranno in alcun modo diffusi o comunicati a terzi.
Si specifica inoltre che lo Screening è puramente osservativo, finalizzato al riconoscimento precoce di eventuali deficit nell'area delle competenze specifiche della Lettura, Scrittura e Calcolo ed è rimandato ad altri contesti l'eventuale e successivo approfondimento di specifiche aree di apprendimento osservate come a rischio.
Si richiede la compilazione del sottostante modulo, da riconsegnare al coordinatore di classe, per autorizzare o non autorizzare l'esperienza.

Il sottoscritto _____ padre del minore

La sottoscritta _____ madre del minore

_____ frequentante la classe ___ Sez. ___ Plesso _____

dell'Istituto Comprensivo "K. Wojtyla – G. da Fiore" Isola di Capo Rizzuto, informato/a sulle finalità del trattamento dati, sui limiti dello stesso e sui propri diritti previsti dal Regolamento UE 2016/679,

□ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA

la somministrazione di test ai fini di uno screening volto all'individuazione di difficoltà di apprendimento scolastico.

REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 GDPR IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI

€ Confermo di aver preso visione delle informative sul trattamento dei dati, redatte secondo la normativa Europea 679/2016 GDPR e pubblicate sulla pagina "Privacy" del sito istituzionale della scuola

€ Autorizzo il trattamento dei dati personali per i fini indicati nel presente documento, ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e del Regolamento Europeo 679/2016 GDPR in materia di trattamento e protezione dei dati personali.

Isola di Capo Rizzuto, ___ /___ / _____

Firma del padre_____ Firma della madre _____