



ISTITUTO COMPRENSIVO CERESARA

Comuni di Casaloldo – Ceresara – Gazoldo degli Ippoliti– Piubega

Via Roma 53 - 46040 CERESARA (MN) TEL. 0376/87030 - FAX 0376/879028

C.M. MNIC80200G - C.F. 90011520203 – Codice Univoco UFVBJG

Sito internet: www.icceresara.edu.it posta certificata: mnic80200g@pec.istruzione.it

E-mail: mnic80200g@istruzione.it - segreteria@icceresara.edu.it



Scusate il disordine, siamo impegnati a imparare



Ceresara, 18/02/2025

Ai genitori degli alunni delle CLASSI SECONDE di
Scuola Primaria
Ai docenti
Alla D.S.G.A.

OGGETTO: Progetto “Screening DSA a scuola”

L'Istituto Comprensivo di Ceresara ha programmato per l'a.s. 2024/2025 un'attività di “Screening DSA” (Disturbi Specifici di Apprendimento) per le difficoltà relative alle competenze di letto-scrittura e matematiche, che coinvolge tutti gli alunni delle classi seconde delle scuole primarie.

Pur non avendo un valore diagnostico per i Disturbi Specifici di Apprendimento, lo screening si pone l'obiettivo di individuare tempestivamente difficoltà nelle aree degli apprendimenti e di identificare precocemente elementi utili agli insegnanti per orientare l'attività didattica, per promuovere l'apprendimento in relazione alle caratteristiche individuali e del gruppo classe.

L'attività di screening prevede la somministrazione di specifici test di letto-scrittura e matematica.

Le prove verranno svolte dai docenti del nostro Istituto e dalla Dott.ssa Pischetola della Coop. Viridiana.

Si richiede pertanto la compilazione del modulo distribuito agli alunni per autorizzare o non autorizzare la partecipazione degli stessi a tale attività e la riconsegna agli insegnanti entro **sabato 22 febbraio 2025**

Le prove collettive saranno somministrate nel periodo dal 24/02/2025 al 01/03/2025.

Saluti

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Anna Raccuia

Firmato digitalmente da ANNA RACCUA

MODULO AUTORIZZAZIONE - PROGETTO "SCREENING DSA A SCUOLA"

I sottoscritti COGNOME _____ NOME _____
COGNOME _____ NOME _____ in qualità di genitori/tutori del
minore COGNOME _____ NOME _____ nato/a a
_____ il _____, iscritto/a presso la Scuola Primaria di
_____ nella classe 2^A sezione _____ informati sul diritto e sui limiti della legge 196/03
concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

☐ AUTORIZZANO

☐ NON AUTORIZZANO

la partecipazione al progetto "SCREENING DSA A SCUOLA" che prevede la somministrazione di prove collettive
e individuali da parte dei docenti dell'IC e da parte della Dott.ssa Pischetola.

_____, __/__/__

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

MODULO AUTORIZZAZIONE - PROGETTO "SCREENING DSA A SCUOLA"

I sottoscritti COGNOME _____ NOME _____
COGNOME _____ NOME _____ in qualità di genitori/tutori del
minore COGNOME _____ NOME _____ nato/a a
_____ il _____, iscritto/a presso la Scuola Primaria di
_____ nella classe 2^A sezione _____ informati sul diritto e sui limiti della legge 196/03
concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

☐ AUTORIZZANO

☐ NON AUTORIZZANO

la partecipazione al progetto "SCREENING DSA A SCUOLA" che prevede la somministrazione di prove collettive
e individuali da parte dei docenti dell'IC e da parte della Dott.ssa Pischetola.

_____, __/__/__

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

