



## ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro (TR) Piazzale F. Parri, 3 Tel. 0763/832044-839175  
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail [tric815008@istruzione.it](mailto:tric815008@istruzione.it) C.F. 90009750556  
E Mail cert. [tric815008@pec.istruzione.it](mailto:tric815008@pec.istruzione.it)  
Sito web: [www.istfabro.edu.it](http://www.istfabro.edu.it)

Circolare n° 93

Fabro 16 Febbraio 2022

Ai docenti delle classi 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup>  
della Scuola Primaria

Oggetto - calendario somministrazione prove Progetto screening Scuola Primaria

Si comunica la calendarizzazione della somministrazione delle prove relative alle competenze della letto-scrittura sia nelle classi seconde, sia ad alcuni alunni assenti durante la somministrazione nelle classi 1<sup>o</sup> come di seguito specificato:

PROVA DI ITALIANO CL.2
<b>LUNEDI' 21/02 MONTEGABBIONE CL. 2D</b> ORE 8.30 SOMMINISTRATRICE FRANCESCA SCIRI
<b>GIOVEDI' 24/02 CL. 2C FABRO SCALO E ASSENTI CL.1°</b> ORE 8.30 SOMMINISTRATRICE PICCONI BRUNA
<b>MERCOLEDI' 23/02 CL. 2G SAN VENANZO</b> ORE 8.30 SOMMINISTRATRICE FRANCESCA SCIRI
<b>GIOVEDI' 24/02 CL. 2A E ASSENTI CL. 1° FICULLE</b> ORE 10,40 SOMMINISTRATRICE PICCONI BRUNA
<b>MARTEDI' 22/02 PARRANO 2F</b> ORE 8.30 SOMMINISTRATRICE EMANUELA NERI
<b>VENERDI' 28/02 CL. 2E E ASSENTI CL.1° MONTELEONE</b> ORE 8,30 SOMMINISTRATRICE NERI EMANUELA

Si allega il modello per chiedere l'autorizzazione, ai genitori, per somministrare le prove.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Cristina MARAVALLE  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993



## ISTITUTO OMNICOMPRESIVO R. LAPORTA

05015 Fabro (TR) Piazzale F. Parri, 3 Tel. 0763/832044-839175  
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail [tric815008@istruzione.it](mailto:tric815008@istruzione.it) C.F. 90009750556  
E Mail cert. [tric815008@pec.istruzione.it](mailto:tric815008@pec.istruzione.it)  
Sito web: [www.istfabro.edu.it](http://www.istfabro.edu.it)

AI GENITORI DEGLI ALUNNI  
DELLE CLASSI 2° di SCUOLA PRIMARIA

### **Oggetto: Autorizzazione genitori screening per accertare le competenze della letto-scrittura**

Nel mese di febbraio agli alunni delle classe seconde verrà somministrato un test per accertare le competenze di letto-scrittura. Si chiede di compilare la sottostante autorizzazione e restituirla all'insegnante di classe.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

frequentante la classe 2° sez \_\_\_\_ della Scuola Primaria di \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZO**

La somministrazione del test a mio figlio/a da parte degli insegnanti somministratori della Scuola Primaria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_