**MODULO INTEGRATIVO PER AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELLE PROVE ZERO ( PRO DSA )**

**(AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D. LGS. 196/03)**

I/Il/La sottoscritti/o/a ……………………………….…………………………………………………………………….. esercenti la responsabilità genitoriale dell’alunno/a……..……………………. frequentante la classe 1ª sez…..della Scuola Primaria…………………………dell’IC 20 di Bologna, nato/a……………………………………………….. il …………………, residente a ……………. …………in via/piazza ……………………………………………………..n………….

**PRESO ATTO**

che il ***Progetto Pro-DSA*** rientra nel PTOF (2022-2025), si comunica che durante l’attività didattica dell’Istituto è prevista, per le classi prime delle Scuole Primarie, la somministrazione e la correzione di prove di letto-scrittura per l’individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento (DSA), condotte dalle insegnanti di classe, che provvederanno poi a tabulare e a inoltrare i risultati di suddette prove all’ AUSL di Bologna, per la consulenza prevista dal progetto Pro-DSA per l’ anno scolastico 2023-2024.

L’ attività è gratuita e l’unico costo previsto è l’acquisto del libro consigliato ***“Prove Zero”*** al prezzo di ***6,50 €***, cui provvederà ciascun genitore individualmente o per il tramite dei propri rappresentanti di classe.

  **Mettere una X sull’opzione scelta:**

**AUTORIZZA NON AUTORIZZA**

 Lo svolgimento dell’attività e l’acquisto del libro per il/la proprio/a figlio/a.

Bologna, ---------------------------

Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

**Prof. Agostino Tripaldi**

 *Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e*

 *per gli effetti dell’art.3, c.2 D Lgs. n. 39/93*