

## RELAZIONE SULLE DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO (Infanzia)

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Eventuale inserimento anticipato _____ _____	OSSERVAZIONI INIZIALI	INTERVENTI EDUCATIVO - DIDATTICI ATTIVATI	DIFFICOLTÀ PERSISTENTI
<b>AREA</b>			
PSICOMOTORIA			
LINGUISTICA E METAFONOLOGICA			
INTELLIGENZA NUMERICA			
ATTENTIVO - MNESTICA			
AUTONOMIA			
RELAZIONE			

I docenti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

I sottoscritti (padre) \_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_ genitori/tutori del bambino/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti a tutela della privacy, individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di comunicazione e diffusione dei dati che saranno raccolti o prodotti, preso atto dell'adozione di ogni cautela e salvaguardia della riservatezza di dette informazioni, esprimono il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali che riguardano il proprio figlio, ivi compresi quelli strettamente sensibili ai fini assolutamente necessari (D. Lgs. 30-06-2003, n. 196).

I genitori (o chi ne fa le veci)

(padre) \_\_\_\_\_

(madre) \_\_\_\_\_

Taurisano, li \_\_\_\_\_