



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto Scolastico Comprensivo "G. Romanino"
Via Ripa, 2 - 25040 Bienno (Bs)
Tel. 0364 40062

e-mail: bsic83700x@istruzione.it – pec: bsic83700x@pec.istruzione.it

ATTO DI CONSENSO DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ

per l'avvio della valutazione per sospetto disturbo/difficoltà di apprendimento

I sottoscritti genitori dell'alunno/a _____ nato/a
a _____ il ____/____/____ residente a _____ in
via. _____

frequentante l'I.C. Bienno scuola dell'infanzia / primaria / secondaria di primo grado di

_____ classe _____ sezione _____

COMUNICANO

† di aver fissato appuntamento per un accertamento in data _____
presso _____

† di aver deciso di non procedere con gli accertamenti

di acconsentire alla stesura e all'attuazione del PDP

† di non acconsentire alla stesura e all'attuazione del PDP

I genitori

Gli insegnanti

Il Dirigente Scolastico
Dott.^{ssa} Loredana Rizza

Bienno, li _____