



Istituto Comprensivo Statale

“GUIDO GALLI”

Viale Romagna 16/18 – 20133 MILANO - Tel. 0288447131 - Fax 0288447138

C.F. 97667030155 - Cod. Mecc. MIIC8FU00A - C.U. ICVRM – CU fatt-ele.UFF9VL

PEO: miic8fu00a@istruzione.it PEC: miic8fu00a @pec.istruzione.it - web:www.icguidogalli.edu.it (old site www.icvialeromagna-it)

CD “Nolli Arquati” cm MIEE8FU03E – CD “E. Bonetti” cm MIEE8FU02D – CD “E. Toti” cm MIEE8FU01C- SMS “G. Pascoli” cm MIMM8FU01B

COMUNICAZIONE INTERNA N°147 a.s. 2023/2024

DESTINATARI:

“Nolli Arquati”	“Bonetti”	“E.Toti”	“Pascoli “ <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Doc. prim</i>	<i>Doc. sec.</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Studenti</i>	<i>Genitori</i> <input checked="" type="checkbox"/>
	<i>ATA</i>	<i>Argo</i> <input checked="" type="checkbox"/>	

Milano 06 maggio 2024

Oggetto: Calendario sportello psicologico in presenza SCUOLA SECONDARIA

Si comunicano le date dello sportello psicologico in presenza presso il plesso PASCOLI

06/05 10-12 passaggio nelle classi per presentazione del progetto

13/05 12.00 – 15

20/05 9.30 – 13.30

27/05 9.30-14.00

03/06 9.30-14.00

Il Dirigente scolastico

Dott.ssa Marina Porta

marinaporta

**CONSENSO INFORMATO PER LO SVOLGIMENTO DELLO SCREENING - ANNO
SCOLASTICO 2023/24**

I sottoscritti COGNOME.....NOME... e
COGNOME.....NOME..... in qualità di genitori del
minore COGNOME..... NOME..... nato/a a
..... il....., iscritto/a presso la Scuola Primaria
..... nella classe.....sez.....,

DICHIARANO

di aver letto l' informativa allegata al presente modulo e di voler aderire al progetto di screening per l'individuazione precoce dei disturbi dell'apprendimento che si terrà presso l'Istituto "Galli" nell'anno scolastico 2023/2024.

AUTORIZZANO LO SCREENING
SCREENING

NON AUTORIZZANO LO

Milano/...../.....

Firma del padre

Firma della madre.....