

**Modulo consenso informato**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo di Cotronei

Via Vallone delle Pere

Cotronei (KR)

Io sottoscritto padre/affidatario/tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e io sottoscritta madre/affidataria/tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, a sottoporsi allo screening logopedico effettuato dalla Logopedista D.ssa Caterina Sottile.

In fede,

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme (di entrambi i genitori)

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

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

Lo screening logopedico permette l’identificazione delle difficoltà di linguaggio in una fase precoce,

permettendo così di giungere ad interventi tempestivi. Può costituire una forma di prevenzione importante in quanto, non solo permette di individuare precocemente i bambini che presentano dei disturbi, ma dà anche la possibilità di attuare un intervento logopedico finalizzato alla riduzione delle difficoltà.

Lo screening non ha valore diagnostico ma è solo utile per fornire indicazione per le difficoltà di linguaggio e di apprendimento.

I contenuti di ogni incontro sono strettamente coperti dal segreto professionale, e condivisibili solo tra specialista, genitore ed insegnante.

Nei casi in cui dovessero emergere delle aree-problema su cui fosse importante intervenire dal punto di vista educativo preventivo, si forniranno alla scuola, dopo opportuna comunicazione alla famiglia, indicazioni per promuovere in seguito nuove iniziative di prevenzione e /o intervento.