



Fondo europeo di sviluppo regionale



ISTITUTO COMPRENSIVO SANT'ELIA F
C.F. 90032250608 C.M. FRIC857001

651E1 - IC Sant'Elia Fiumerapido Ufficio Protocollo

Prot. 0001508/U del 27/03/2023 13:33 VI.1 - Entrate



Ministero dell'Istruzione

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO DI SANT'ELIA FIUMERAPIDO

SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI PRIMO GRADO

C.F. 90032250608 - Cod.Mecc. FRIC857001 - C.U.U. UFZX3 E-mail: fric857001@istruzione.it - fric857001@pec.istruzione.it

Sito web: - <https://www.icsantelia.edu.it/web/> - Sede Legale: Via IV Novembre snc - 03049 - SANT'ELIA FIUMERAPIDO (FR) - tel. 0776350200

CDS N.199

Sant'Elia Fiumerapido, 27/03/2023

Alle Insegnanti della scuola dell'INFAZIA
dell'I.C. di Sant'Elia Fiumerapido
alle famiglie degli alunni
al sito web
al registro
elettronico
e.p.c AL DSGA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE SCREENING "IO PARLO COSÌ" - PROVA DEL 3 APRILE 2023

Si comunica ai genitori degli alunni del secondo anno della scuola dell'Infanzia dell'Istituto, che la ASL di Frosinone ha attivato un progetto di Screening sui disturbi del linguaggio, come prevede la legge 170 D. n.5669 del 12/07/2011. Tale screening servirà per indentificare precocemente eventuali difficoltà nel linguaggio ed individuare le strategie più idonee riguardo all'intervento educativo.

La data della prova dello screening in oggetto è fissata per il giorno 3 aprile 2023 alle ore 9:30, presso il Plesso di Casa Emigrante, pertanto gli alunni dei plessi di Olivella, Portella, Valleluce, Vallerotonda e Valvori saranno accompagnati con le insegnanti al Plesso, tramite lo scuolabus, e al termine riportati in sede.

Lo screening verrà effettuato dal personale della ASL di Frosinone. Si invitano i genitori a compilare il sottostante modulo e riconsegnarlo al coordinatore di classe.



Il Dirigente Scolastico
dott. Nazario Malandrino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. Sant'Elia Fiumerapido

Il/La sottoscritto/a.....genitore
dell'alunno.....nato/a.....il
a..... frequentante la classe sez. Plesso

- ☐ AUTORIZZO
- ☐ NON AUTORIZZO

la somministrazione di TEST ai fini di uno Screening volto all'individuazione delle difficoltà del linguaggio,
programmata per il 3 aprile 2023.

Firma