

 AIUTAMI A FARE DA SOLO
LABORATORIO DIDATTICO-TECNOLOGICO

IL LABORATORIO EXTRASCOLASTICO A SUPPORTO DEI RAGAZZI CON
DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

**SCHEDA D'ISCRIZIONE AL LABORATORIO
DI GENOVA ANNO 2014-2015**

Numero di archiviazione

.....

Data archiviazione

.....

Dati del/la ragazzo/a

Nome

Cognome

Codice fiscale:

Età Classe frequentata

Insegnante di sostegno si no

Diagnosi funzionale

Dislessia si no; Disortografia si no; Disgrafia si no; Discalculia si no;

Diagnosi effettuata presso:

Da (specificare il nome dello specialista e la professione):

In data:

ATTENZIONE: Prego allegare copia completa della diagnosi.

Notizie riguardo il livello attuale di autostima del/la ragazzo/a:

Basso

Medio

Alto

Notizie riguardo al/la ragazzo/a:

il/la ragazzo/a possiede il computer:	a casa si no;	a scuola si no
il/la ragazzo/a possiede lo scanner:	a casa si no;	a scuola si no
il/la ragazzo/a ha la possibilità di connettersi a internet:	a casa si no;	a scuola si no
il/la ragazzo/a possiede i libri digitali:	a casa si no;	a scuola si no

Competenze informatiche del/la ragazzo/a:

sa usare programmi di videoscrittura:	si	no;
sa interagire con il sistema operativo	si	no;
sa usare il software di sintesi vocale:	si	no;
sa usare il software per creare mappe:	si	no;
sa usare lo scanner:	si	no;

frequenza d'uso di questi strumenti: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica

Notizie riguardo ai genitori:

sa usare programmi di videoscrittura:	si	no;
sa interagire con il sistema operativo	si	no;
sa usare il software di sintesi vocale:	si	no;
sa usare il software per creare mappe:	si	no;
sa usare lo scanner:	si	no;

frequenza d'uso di questi strumenti: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica;

uso della posta elettronica: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica; mai;

uso di internet: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica; mai.

Dati del genitore

si prega di compilare integralmente e in modo quanto più leggibile

Nome _____ Cognome _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

e-mail: _____

numero di telefono: _____ cellulare: _____

codice fiscale: _____

Socio/a di un'associazione a sostegno delle persone con dislessia (indicare il nome dell'associazione):

Come è venuto a conoscenza del laboratorio "Aiutami a fare da solo!"?

Specialisti, servizi del territorio (indicare il nome)

associazione locale (indicare il nome)

Internet

Scuola

Serate informative

Amici/conoscenti

Altro

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA

La informiamo ai sensi dell'art.10 della Legge 31.12.1996 n° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" che i dati personali da Lei forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la attività di questo progetto.

In particolare tali dati potranno essere raccolti su supporto cartaceo o registrati su supporti elettronici ed elaborati solo ed esclusivamente in rapporto all'attività di Canalescuola Coop. Soc. onlus nell'ambito del progetto "Aiutami a fare da solo". Il conferimento dei dati personali è facoltativo. In relazione al trattamento dei suoi dati personali Ella potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 della Legge 675/96:

CONSENSO

In relazione all'informativa che mi avete fornito, esprimo il consenso previsto dagli artt. 11 e 20 della Legge 675/96 al trattamento dei miei dati personali per le finalità, anche con modalità elettroniche e/o automatizzate.

Analogamente esprimo il consenso a fornirvi dati personali da ritenersi sensibili in base agli art. 22, 23, 24 Legge 675/96, al loro trattamento.

Titolare dei dati è Canalescuola Coop. Soc. onlus via Wolkenstein 6, 39100 Bolzano IT
 info@canalescuola.it

In Fede

Data _____

Firma _____