

 **AIUTAMI A FARE DA SOLO**
LABORATORIO DIDATTICO-TECNOLOGICO

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

Numero di archiviazione

.....

Data archiviazione

.....

**SCHEMA D'ISCRIZIONE AL LABORATORIO
DELLA VAL DI NON-VAL DI SOLE
ANNO 2011-2012**

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 _____

Socio dell'Associazione Italiana Dislessia. si no Altra associazione: _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

e-mail: _____

numero di telefono: _____ cellulare: _____

codice fiscale: _____

In Fede

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 Soc. Coop. 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 Soc. Coop. via Wolkenstein 6, 39100 Bolzano IT info@canalescuola.it

In Fede

Data _____

Firma _____