



CIRCOLARE DOCENTI N.68 DEL 26/10/2016  
 CIRCOLARE STUDENTI N.43 DEL 26/10/2016  
 CIRCOLARE ATA N.74 DEL 26/10/2016

AGLI ALLIEVI E ALLE FAMIGLIE  
 AI DOCENTI  
 AL PERSONALE ATA  
 (entrambe le sedi)

**OGGETTO : CALENDARIO INCONTRI DEL LABORATORIO PER STUDENTI CON D.S.A. – BES  
 NELL'ANNO SCOLASTICO 2016/2017**

Si comunica il calendario e il contenuto degli incontri del **laboratorio** per studenti con disturbi specifici di apprendimento, che si terranno nell'anno scolastico 2016/2017 nella sede di **via Bologna 183**, nell'**Aula Multimediale** (secondo piano) dalle **14.30 alle 16.30**:

<b>LUNEDÌ 14 NOVEMBRE:</b> “ Di che stile sei? Stili di apprendimento per apprendimenti efficaci”
<b>LUNEDÌ 5 DICEMBRE:</b> “ Mnemotecniche e tecniche associative: strategie di rinforzo fisiologico della memoria”
<b>LUNEDÌ 9 GENNAIO, 6 FEBBRAIO, 20 FEBBRAIO, 6 MARZO E 10 APRILE:</b> “ Metodo di studio: uso di software, mappe concettuali, strategie didattiche e multimedialità”.

I laboratori saranno condotti dalla Dott.ssa **Barbara Urdanch**, Consulente didattico per alcune tra le case editrici più importanti a livello nazionale, curatrice di collane didattiche multimediali di didattica inclusiva, membro del Comitato Scientifico Bes per la De Agostini Scuola, Formatrice e promotrice di Democrazia dell'Apprendimento.

Le date relative ai laboratori sul **metodo di studio della matematica** - una nel mese di dicembre, una nel mese di febbraio e una nel mese di marzo o aprile – saranno definite a breve e comunicate tempestivamente.

Vi chiediamo di compilare l'autorizzazione per la partecipazione agli incontri su elencati e consegnarla presso la **Vicepresidenza di via Bologna** (per gli studenti che frequentano la sede di via Bologna) e la **Vicepresidenza di via Pacini** ( per gli studenti che frequentano la sede di via Pacini) **entro e non oltre il 7 novembre 2016**.

Le referenti della Comm.ne D.S.A

*Prof.ssa Monica Schirru (sede di via Bologna)*

*Prof.ssa Cristina Pozza (sede di via Pacini)*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Prof. Marco Michele CHIAUZZA*

Da consegnarsi presso la Vicepresidenza di via Bologna o di via Pacini **entro lunedì 7 novembre 2016**. **La consegna dell'autorizzazione è condizione necessaria alla partecipazione al laboratorio.**

Il/La sottoscritto/a....., genitore dell'allievo/a....., della classe.....del liceo....., dichiara di AVER PRESO VISIONE della informativa presente e AUTORIZZA il/la figlio/a .....a partecipare agli incontri del Laboratorio pomeridiano DSA che si terranno il 14/11/2016, 5/12/2016, 9/01/2016, 6/02/2016, 20/02/2016, 6/03/2016, 10/04/2016 nella sede di via Bologna 183, dalle 14.30 alle 16.30.

Firma del genitore.....

Rif. MMC/mmc

