

CONSENSO INFORMATO SPAZIO DI PAROLA

I sottoscritti (cognome e nome del padre) _____

e (cognome e nome della madre) _____

genitori del minore (cognome e nome del figlio) _____

Sono informati:

Che potranno essere attivati dalla dott.ssa Paola Campanaro, o suoi collaboratori, del Centro Clinico La Quercia, interventi sul gruppo sezione e sul gruppo insegnanti consistente in:

1. osservazione in aula
2. restituzione agli insegnanti
3. supervisione e sostegno al team insegnante

Si precisa che tali interventi non hanno finalità psicodiagnostiche.

I sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/ tutoriale del sunnominato minore, avendo letto e compreso ed accettato quanto sopra, acconsentono che il proprio figlio/a partecipi alle attività sopra indicate.

Lì, data

Firma del padre

In fede

Firma della madre

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (art. 23 D.Lgs. 196/2003)

I sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/ tutoriale del sunnominato minore, avendo letto e compreso ed accettato quanto sopra, acconsentono affinché la dott.ssa Paola Campanaro, o suoi collaboratori, del Centro Clinico La Quercia procedano al trattamento dei dati personali, solamente per la finalità di gestire i rapporti volti all'espletamento delle prestazioni e/o fornitura dei servizi che sono stati proposti e per eventuali contatti.

Lì, data

Firma del padre

In fede

Firma della madre
