

**MODULO CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO
INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

La sottoscritta Dott.ssa **CINZIA AMOROSO**, Pedagogista e Consulente Scolastica, prima di rendere qualsiasi prestazione professionale in favore del minore (nome e cognome) _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____, fornisce le seguenti informazioni al Sig. _____ esercente la potestà genitoriale:

SI INFORMA CHE:

- la consulenza pedagogica è finalizzata al potenziamento di competenze e capacità mirate all'equilibrio, alla maturazione e al benessere personale, scolastico/professionale;
- gli strumenti principali di intervento sono: il colloquio pedagogico, il questionario e le interviste;
- il colloquio e la possibile osservazione del gruppo classe di riferimento sarà valutata in itinere
- la pedagogista potrà fornire all'utente tutte le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti servizi professionali;
- la pedagogista è strettamente tenuta al segreto professionale nel rispetto delle norme vigenti.

Io sottoscritto, in qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale del sopraccitato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che mio figlio/a effettui il percorso di consulenza pedagogica effettuato dalla dott.ssa **CINZIA AMOROSO**.

Luogo, _____, data ___/___/___

Firma del genitore
