

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ C.F. _____

Residente a _____ in via / piazza _____

e-mail/pec _____ tel. / cell. _____

la sottoscritta _____ C.F. _____

Residente a _____ in via / piazza _____

e-mail/pec _____ tel. / cell. _____

[] genitore [] tutore legale di

nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via / piazza _____

e-mail _____ tel. / cell. _____

DICHIARA

di avere svolto un colloquio di conoscenza con lo specialista, dott. Mauro Spezzi, per valutare la possibilità di intraprendere un percorso di consulenza pedagogica. A tale fine fornisce i dati anagrafici, di contatto e di pagamento, si impegna a rendere attivi e reperibili i recapiti ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Luogo, data _____

Firma _____

Firma _____

(in caso di genitori separati)

Dott. Mauro Spezzi

Registro Professionale Pedagogisti Clinici UNIPED (Unione Italiana Pedagogisti) – codice: 15279ST

Disciplinato ex legge 4/2013

maurospezzi@gmail.com – cell: 3492826497

TIPOLOGIA PRESTAZIONE

La prestazione offerta è un servizio di consulenza pedagogica finalizzato al benessere dell'allievo/a ed al miglioramento del suo adattamento. Il profilo operativo restituito avrà la funzione di "accompagnamento scolastico".

STRUMENTI

Lo strumento principale è il colloquio, inoltre, potranno essere utilizzate altre tecniche: test, questionari, prove cliniche ed esercizi.

COMPENSO E DURATA PRESTAZIONE

Durata della valutazione: 40/60 minuti. Il compenso stabilito per questa tipologia di prestazione è di Euro _____

Data _____

Firma _____

Firma _____

(in caso di genitori separati)

Dott. Mauro Spezzi

Registro Professionale Pedagogisti Clinici UNIPED (Unione Italiana Pedagogisti) – codice: 15279ST

Disciplinato ex legge 4/2013

maurospezzi@gmail.com – cell: 3492826497
