

## **Screening Pedagogico**

### **Consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Autorizzo mio figlio/a a partecipare agli incontri di Screening Pedagogici.

Mi dichiaro informato/a che gli incontri, per l'esecuzione di Screening valutativi, con le Dott.sse Maria Nicoletta Mazzola e Lucia Di Bernardo, si configurano in un rapporto professionale pedagogico.

Durante gli incontri non saranno effettuate cure mediche, né psicologiche, né tanto meno ristrutturazioni della personalità o diagnosi, come non saranno somministrati test psicologici riservati alla professione dello psicologo.

Si ribadisce che gli incontri hanno solo finalità pedagogica.

Infine, dichiaro di essere consapevole che i miei dati personali e ogni tipo di informazione sulla mia persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30.6.2003, n.196.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati relativi alla mia persona.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_