**CONSENSO INFORMATO MAGGIORENNE**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenti in (via, P.zza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_ CAP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sono stato informato attraverso la scuola dalla dott.ssa Potenza Cosima

Pedagogista Clinico® iscritto/a all’Associazione Nazionale Pedagogisti Clinici (ANPEC) al n° 5171 sui seguenti punti:

1. L’intervento di aiuto, formulato in base all’Analisi della Domanda, è finalizzato a rilevare le necessità e rispondere nel rispetto dei principi della Pedagogia Clinica;
2. Il pedagogista è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico ANPEC Associazione Nazionale Pedagogisti;
3. Per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:
4. colloquio pedagogico, test, interventi pedagogico-clinico;
5. Sono informato sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679: il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell’interessato in merito ai propri dati.
6. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l’integrità e l’accessibilità dei dati personali.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, esprimo il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito:

FORNISCE IL CONSENSO INFORMATO

Luogo e data ---------------------- Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_