



CONSENSO INFORMATO PER I MINORI A.E.D. – Associazione Europea Disgrafie

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ___/___/_____ e residente in _____
via _____ CF _____

e la sottoscritta _____ nata a _____
il ___/___/_____ e residente in _____
via _____ CF _____

prima di ottenere prestazioni professionali da parte di _____,
Educatore/trice del gesto grafico ai sensi della legge 4/2013 sulle professioni non regolamentate, in
favore di nostro/a figlio/a minorenni _____
nato/a a _____ il ___/___/_____, sono stati informati sui seguenti
punti:

- **Lo scopo e la natura della prestazione professionale** è un'educazione del gesto grafico, finalizzata a migliorare la scrittura nella sua componente grafomotoria, con particolare riferimento alla leggibilità, alla fluidità e alla velocità del movimento corsivo.
- **Saranno effettuate** valutazioni grafomotorie e **verranno utilizzate** strategie e tecniche mirate alla facilitazione del gesto grafico.
- **La durata globale del percorso** non è definibile a priori: obiettivi e tempi verranno concordati.
- **La frequenza degli incontri**, della durata di 50' ciascuno, è settimanale.
- **Il compenso per la prestazione** è definito in ___ euro a incontro.
- I genitori del minore non potranno essere presenti agli incontri.
- Ai genitori del minore saranno riservati appositi colloqui, da concordare a seconda delle necessità.
- In caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento, i genitori daranno un preavviso di 24 ore; in caso di mancato preavviso, l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta sarà comunque dovuto.
- In qualsiasi momento i genitori, a loro insindacabile giudizio, potranno decidere di interrompere il percorso.
- Il materiale prodotto dal minore durante gli incontri, le annotazioni, eventuali fotografie e piccoli filmati saranno conservati, anche per motivi legali e deontologici, per un periodo di 5 anni dopo il termine del rapporto.
- L'educatore/trice è tenuto al **segreto professionale**, alla **riservatezza** e al **rispetto del Codice Deontologico A.E.D.** (Associazione Europea Disgrafie – www.disgrafie.eu).

Informati di tutto ciò, accettiamo che nostro/a figlio/a fruisca della prestazione concordata con

_____, iscritto/a all'A.E.D. - Associazione Europea Disgrafie

al numero ____

Luogo, data

FIRMA DEL PADRE (leggibile e per esteso)

FIRMA DELLA MADRE (leggibile e per esteso)