**Al/Alla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

**Oggetto: CONSENSO INFORMATO – PERSONA MAGGIORENNE E PERSONA MINORENNE**

**l** sottoscritt\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere stato/a informato/a dei titoli, delle competenze e dell’inquadramento professionale del/della professionista destinatario/a del presente consenso, il/la quale opera nell’ambito della libera professione ai sensi della normativa vigente e in particolare della Legge 205/2017, della Legge 55/2024, del Decreto Legislativo 7 agosto 2019 n. 96, del Decreto n. 182 del 29 dicembre 2020 art. 3 punto 5 emanato dal Ministero dell’Istruzione di concerto con il MISE, nonché dell’art. 33-bis del D.L. 104/2020 convertito in Legge 126/2020;

di richiedere ed autorizzare interventi specialistici di natura anamnestica, valutativa, conoscitiva, educativa, abilitativa, riabilitativa, preventiva e consulenziale, propri dell’ambito pedagogico e/o educativo di competenza professionale, secondo quanto previsto dalla normativa sopra richiamata;

di autorizzare tali interventi anche a favore di eventuali figli minori e/o componenti del nucleo familiare sui quali esercita la responsabilità genitoriale, se indicati nel presente consenso;

di essere consapevole che la prestazione professionale non riguarda in alcun modo l’analisi o il trattamento terapeutico di dinamiche psicologiche o psichiatriche del profondo, né interventi di natura medico-sanitaria o riconducibili a professioni ordinistiche;

di essere informato/a che ogni intervento viene preventivamente condiviso e concordato con l’utente finale;

di autorizzare la raccolta, la tenuta e il trattamento della documentazione professionale, sia in formato cartaceo sia elettronico, nonché la conservazione dei dati personali eventualmente conferiti, esclusivamente per finalità connesse all’attività professionale e nel rispetto della normativa vigente.

**Dati relativi alla persona minorenne (se presente)**

**l** sottoscritt\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e

**l** sottoscritt\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di **titolari della responsabilità genitoriale** del minore:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di essere informati dei titoli, delle competenze e dell’inquadramento professionale del/della professionista, che opera ai sensi della normativa vigente in materia di professioni pedagogiche ed educative;

di richiedere ed autorizzare interventi specialistici a favore del/della proprio/a figlio/a minore sopra indicato/a, consistenti in attività anamnestiche, valutative, educative, abilitativo-riabilitative, preventive e consulenziali, proprie dell’ambito professionale dichiarato;

di autorizzare tali interventi in quanto titolari della responsabilità genitoriale;

di essere consapevoli che le prestazioni non hanno natura psicoterapeutica, psichiatrica, medica o sanitaria, né riguardano l’analisi della personalità o dell’identità personale;

di autorizzare la tenuta e il trattamento della documentazione professionale e la conservazione dei dati personali, nel rispetto della normativa vigente;

di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/1996, del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e delle successive norme integrative e modificative.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente viene redatta in duplice copia, una per il/la cliente e una per il/la professionista.