

# Centro di Logopedia Dott. Francesco Russo

## Valutazione Riabilitazione e Formazione

*P.le Carlo Alberto Dalla Chiesa, 14 – 00012 Guidonia Montecelio (RM)*

*Tel.: 366/5448095*

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(Decreto legislativo 30 giugno 2003- Codice in materia dei dati personali- Consolidato con la legge 26 febbraio 2004, n. 45 di conversione con modifiche dell'art. 3 del d.l. 24 dicembre 2003, n. 354)

il sottoscritto/a.....nato/a a..... il.....e residente  
a.....

dichiara

di aver ricevuto dall'insegnante.....esaurienti spiegazioni in merito all'attivazione dello Sportello Logopedico attivato presso "I. C. G. MONTELUCCI" con lo scopo di creare un luogo di incontro e di dialogo per rispondere a dubbi e chiarimenti da parte di genitori e docenti riguardanti lo sviluppo del linguaggio, degli apprendimenti scolastici e delle funzioni orali nel bambino.

Dichiara

altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver posto tutte le domande ritenute necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.

Accetto dunque liberamente le valutazioni proposte per mio figlio al fine d'indagare lo sviluppo delle abilità linguistiche e degli apprendimenti scolastici.

Nome del bambino .....

Firma del genitore .....

Nome in stampatello del Responsabile che ha informato il/i genitori

.....

Acconsento inoltre all'utilizzazione, per eventuali consultazioni scientifiche, dei risultati che verranno prodotti nel corso del lavoro, fermo restando la tutela alla riservatezza dei dati personali.

Firma del genitore

.....

Luogo, data.....