

CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO LOGOPEDICO CON MINORI

(Art. 5 - Convenzione di Oviedo)

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il ___/___/___
e residente in _____ lo sottoscritta sig.ra _____
nata a _____ il ___/___/___ e residente in _____
_____ prima di ottenere prestazioni professionali di tipo logopedico da
parte del TEAM di logopediste tra cui la Dott.ssa Conti Alessandra, Serena Marino e Giorgia Cocina, in favore del
minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione offerta è una terapia atta a migliorare gli aspetti comunicativi e linguistici del bambino, e/o a potenziare le abilità di apprendimento scolastico e/o riabilitare le abilità masticatorie e deglutitorie e/o chinesio-logopediche-posturali;
- il trattamento si articola in 2 sedute a settimana per trattamento riabilitativo.
- a tal fine potranno essere usati strumenti di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione;
- lo strumento principale di intervento sarà la seduta riabilitativa di 20-30 minuti, in piccoli gruppi 2-3 o individuale su richiesta, con pagamento corrispettivo doppio rispetto alle terapie previste in gruppo, con frequenza settimanale da valutare in relazione alla problematica del bambino;
- il compenso, sarà di euro 10 a terapia, da conferire mensilmente per un totale di 80 euro con bonifico entro il 30 del mese precedente;
- per motivi organizzativi e logistici, non è possibile recuperare le lezioni, per cui si esortano le famiglie ad una frequenza costante;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al logopedista la volontà di interruzione;
 - I dati per la fattura con nome del bambino e nel dettaglio quelli del genitore che scarica la prestazione tra cui (nome, cognome, Via, n civico, cap, comune di residenza, codice fiscale) devono essere inviati per email a acontitraining@gmail.com;
 - Iban per il bonifico: IT36K0503616900CC0451303555
Intestatario: Alessandra Paola Conti
Causale: Trattamento logopedico "mese" "nome e cognome bimbo/a";
- Il logopedista è tenuto a rispettare il Codice Deontologico dei Logopedisti Italiani;

fermi restando gli obblighi del logopedista al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza; Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della prestazione concordata con il team di logopediste di cui:

La Coordinatrice, Dott.ssa Alessandra Paola Conti iscritta all'Ordine Professionale TSRM-PSTRP di Catania - Albo Logopedisti n°299.

Luogo e data _____

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE.

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE
