



STUDIO PEDAGOGICO
Dott.ssa Roberta Catarzi

320 – 6040335

roberta.catarzi@outlook.com



**Disturbi Specifici dell'Apprendimento ed altri Bisogni Educativi Speciali - Funzionamento
Intellettivo Limite - Disabilità Intellettiva - Deficit d'Attenzione ed Iperattività
Valutazione / Trattamento / Potenziamento Specifico / Metodo di Studio**

PRATO, LI' _____

CON LA PRESENTE, _____ (NOME - COGNOME
MADRE) E _____ (NOME - COGNOME PADRE),
IN QUALITA' DI GENITORI DI _____ (NOME
-COGNOME FIGLIO)

ACCONSENTONO

CHE IL PROPRIO FIGLIO/CHE LA PROPRIA FIGLIA SIA SEGUITO/A PER AIUTO COMPITI
SPECIALIZZATO DAL/DALLA TUTOR _____ (NOME
E COGNOME TUTOR) E DAL/DALLA TUTOR _____
(NOME E COGNOME DI UN SECONDO EVENTUALE TUTOR) SU SUPERVISIONE MIRATA
DELLA DOTT.SSA ROBERTA CATARZI.

LA CIFRA ORARIA PATTUITA PER L'INTERVENTO DEL TUTOR AMMONTA AD EURO
_____ OVVERO IN LETTERE PARI AD EURO
_____ ORARI OMNICOMPRESIVI.

FIRMA GENITORI _____

FIRMA TUTOR/S _____

FIRMA DOTT.SSA ROBERTA CATARZI _____

Dott.ssa Roberta Catarzi

Albo P.ED.I.AS Pedagogisti Italiani Associati n° A 171 T

C.F. CTRRRT88A43D612J P.I. 02350070971

Abilitata ai Sensi della Legge n.205 del 27/12/2017