



**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 OMNICOMPENSIVI.

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