

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Trussardi Giovanna, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 23593, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico dell'Istituto Comprensivo "Antonio Vivaldi"- Ostia (Roma), comunica che:

la prestazione verrà svolta in favore del minore presso la Scuola Secondaria/Scuola Primaria;

lo scopo e la natura dell'intervento professionale è una consulenza psicologica individuale con finalità di identificare il problema e il tipo di intervento da attuare.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invitano le persone interessate a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La Sig.ra **madre** del minore.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Trussardi presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

.....

Il Sig. **padre** del minore
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Trussardi presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

.....

Nel caso di un solo firmatario

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 377 ter e 337 quater del Codice Civile, **dichiara** di aver acquisito il consenso anche dell'altro genitore.

Luogo e data

Firma

.....

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig nata/o a..... il ___/___/___
Tutore del minore..... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero).....
Residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Trussardi presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

.....