

Modulo per la prestazione professionale psicologica
CONSENSO INFORMATO PER ATTIVITÀ IN CLASSE

La/il sottoscritta/o _____

La/il sottoscritta/o _____

affidandosi alla dott.ssa Elena Vergani, iscritta all'ordine degli psicologi della Lombardia con n°4885, la cui abilitazione alla professione di psicologo consente la prestazione di servizi in presenza o on line, contattabile all'indirizzo e-mail:

psicologa.vergani.elena@iismedardorosso.edu.it

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- di seguito C.D., nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
2. la prestazione offerta riguarda attività di informazione e confronto sul tema delle relazioni interpersonali e della gestione delle emozioni, effettuata all'interno nel gruppo classe presso l'IIS Medardo Rosso Lecco;
3. la prestazione, da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno e supporto psicologico, è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);

La dott.ssa Elena Vergani è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz spa (tramite Cassa Assistenza Mutua tra gli Psicologi) n.500216023.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

classe _____

La/il sottoscritta/o _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

La/Il sottoscritta/o _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____