PSTF005006 - codiceAOO - CIRCOLARI - 0000021 - 20/10/2026 - CIRCOLARE - U

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

Lo Sportello d'Ascolto costituisce uno spazio volto ad accogliere e supportare gli studenti nell'affrontare i diversi compiti evolutivi ed è tenuto presso l'Istituto Tecnico Industriale "Don Luigi Orione" di Fano dalle Psicologhe Dott.ssa Valeria Maraschini iscritta all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 2900 e Dott.ssa Alessandra Monti iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna n. 10746.

Le prestazioni verranno svolte previo appuntamento nel giorno e orario concordato. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it.

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

CONSENSO DEI GENITORI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il____/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Valeria Maraschini/Alessandra Monti.
Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il____/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Valeria Maraschini/Alessandra Monti.
Luogo e data _____ Firma del padre _____

In caso di impossibilità di firma da parte di uno dei genitori/tutori, sottoscrivere anche la seguente dichiarazione

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la su estesa autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE

_____