

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO 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 dalla Dott.ssa Laura Isidori, Psicologo-Psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 2252, email: lauraisidoripsic@gmail.com

.Le prestazioni verranno svolte previo appuntamento concordato con lo psicologo **Dott.ssa Laura Isidori** 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 dal Dott.ssa Laura Isidori.
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 dal Dott. Andrea Bilotto.
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
