

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO
PSICOLOGICO AI GENITORI, PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a
_____ prov. _____ residente a _____
via _____ prov. _____ e-mail _____
tel. _____

CHIEDE

di poter accedere al servizio di sportello d'ascolto psicologico a cura della Dott.ssa Angela Morabito

Precisando che:

- La consulenza psicologica è un intervento gratuito e **non terapeutico**, breve e focalizzato su specifiche difficoltà, orienta e sostiene chi lo richiede aiutandolo a promuovere atteggiamenti positivi e propositivi.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
- I dati personali e sensibili 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.

Luogo e data _____

Firma

Si allega al presente modulo la copia del documento di identità.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informatica redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Luogo e data _____

Firma
