

MODULO CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Il sottoscritto _____ padre del/della
minore/a _____
Nato a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____

La sottoscritta _____ madre del/della
minore/a _____
Nata a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____
nato/a _____ a _____ il _____ residente
in Via _____
CF _____ frequentante la classe _____
della Scuola _____

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.

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a alla consulenza psicologica con la dott.ssa Angela Morabito, presso lo
"Sportello di Ascolto Psicologico" dell'Istituto "Caterina Troiani".

SÌ ☐

NO ☐

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,
avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e
alla modalità della stessa, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito,
alla prestazione suindicata.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero
consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati perso-
nali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori

Madre.....

Padre

*Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori
(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)*

In caso di firma di un solo genitore

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 effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di
cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di
genitori.

Firma.....