

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO
SPORTELLO 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.....