

CONSENSO INFORMATO (Persone con tutela) PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta/o Dott.ssa Accetta Natascia Psicoterapeuta , iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n.21049 indirizzo mail: natascia.acchetta@gmail.com

Prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali delle sedi l’IC Giovanni Palombini

Le attività dello sportello di Ascolto sono orientate ad offrire supporto e consulenza psicologica agli alunni e genitori dell’Istituto.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista.....

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il ___/___/___

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dot.ssa Accetta Natascia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore