

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO PSICOLOGICO DELL'ISTITUTO ENZO ROSSI

(da restituire stampato e **firmato** tramite mail, scrivendo in stampatello)

Sono informato/a che la dott.ssa/il dott..... ,
Psicologa/o iscritta/o all'albo degli Psicologi del Lazio, opera nel rispetto del Codice Deontologico degli
Psicologi Italiani, che i colloqui sono riservati e gratuiti e che i dati forniti saranno trattati nel rispetto della
vigente normativa sulla privacy.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra.....
madre del minorenn.....della classe.....
nata a il ___/___/___
e residente ain 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. ssa/il
dott..... presso lo Sportello di ascolto psicologico e a
partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Numero di telefono della madre.....

Numero di telefono del figlio/a.....

Luogo e data

Firma della madre

.....

.....

Il Sig.

padre del minorenn.....della classe.....

nata a il ___/___/___

e residente ain 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. ssa /il
dott.....presso lo Sportello di ascolto psicologico e
a partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Numero di telefono del padre.....

Luogo e data

Firma del padre

.....

.....

DA COMPILARE NEL CASO DI UN SOLO GENITORE FIRMATARIO:

Il sottoscritto/a

Genitore dell'alunno/a.....

consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n.245/2000

Dichiaro di essere l'unico esercente la responsabilità genitoriale di mia/mio figlia/o per il seguente motivo:

.....

In caso di provvedimento giuridico mettere i riferimenti: numero di provvedimento, autorità emanante e data di emissione:.....

Dichiaro di firmare il consenso informato per l'accesso allo sportello d'ascolto psicologico in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Telefono:.....

Luogo e data

Firma genitore

.....

.....

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente della classe.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa/il dott.....
presso lo Sportello di ascolto psicologico e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Numero di telefono

Luogo e data

Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minorenni.....della classe.....

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 dott.ssa/il dott..... presso lo Sportello di ascolto psicologico e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio

Numero di telefono.....

Luogo e data

Firma del tutore

.....

.....