

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa. DODARO AMALIA, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Calabria n. 1082, mail: amalia.dodaro@liceibevedere.edu.it,

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico I.M. Campanella, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso i locali dell'I.M. Campanella di Belvedere Marittimo;
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#);
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore
_____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa DODARO AMALIA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore
_____ nata a _____ il ___/___/___

e residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 DODARO AMALIA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____ della madre

Il Sig. _____ padre del minore

nato a _____ il ___/___/___

e residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 DODARO AMALIA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____ del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minore _____ in ragione di
_____ (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 DODARO AMALIA presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data _____ Firma del tutore _____