

Consenso informato

MINORI

ALLEGATO 1

La professionista, dott.ssa Angela Barbaro iscritta all'Ordine degli Psicologi e degli Psicoterapeuti della Campania n.5826, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine

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.

La Sig.ra

madre dell'alunno/a.....

nata a il ___/___/_____

e residente a

in via/piazza.....n.....

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Angela Barbaro presso lo Sportello psicologico.

Data e luogo:

Firma

Il Sig.

padre dell'alunno/a

Nato/a a il ___/___/_____

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Angela Barbaro presso lo Sportello psicologico.

Data e luogo:

Firma

N.B. Allegare foto documento di riconoscimento

Consenso informato
DOCENTI, GENITORI, PERSONALE SCOLASTICO

Ai docenti, genitori e personale scolastico si chiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla richiesta di appuntamento, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____,

presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Angela Barbaro.

Luogo e Data _____, ___/___/___

Firma leggibile

N.B. Allegare foto documento di riconoscimento