**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa Antonella Fronzetti , Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 17561, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di consulenza psicologica SCUOLA A.M.I.C.A presso l’Istituto Comprensivo Fara Sabina*,* Piazza della Liberta 3, 02032 Passo Corese (RI) fornisce le seguenti informazioni.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto 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 consulenza, 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**

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

|  |
| --- |
| ***MAGGIORENNI*** IL sig. / La sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Fronzetti Antonella presso lo Sportello Scuola A.M.I.C.A.  Luogo e data  Firma  |

# MINORENNI

La Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre del /la minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa .....Fronzetti Antonella presso lo Sportello Scuola A.M.I.C.A.Luogo e data Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre del/la minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figli/a possa avvalersi prestazioni professionali rese dalla dott. ssa. Fronzetti Antonella presso lo Sportello Scuola A.M.I.C.A..Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del padre Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| ***PERSONE SOTTO TUTELA*** La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Tutore del/la minorenne...............................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................ residente a …………………..…………..................................................................................................................... in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….……............. 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 avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Fronzetti Antonella presso lo Sportello Scuola A.M.I.C.A. Luogo e data Firma del tutore   |