

(ESCLUSIVAMENTE per GLI ALUNNI della SCUOLA SECONDARIA di 1°GRADO)

Modulo di consenso informato: compilare e restituire.

***RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO
“SPORTELLLO D’ASCOLTO” – PSICOLOGO D’ISTITUTO a.s. 25/26***

**AUTORIZZAZIONE partecipazione alle azioni proposte dal Progetto di
consulenza psicologica “Sportello d’ascolto”**

Esprimiamo il nostro consenso e acconsentiamo affinché nostro figlio/a

_____ classe _____ della Scuola secondaria di 1°grado di
_____, usufruisca del servizio “Sportello d’Ascolto” e delle prestazioni
professionali indicate dal progetto con la Dott.ssa Antonelli Sabina iscritta all’Albo professionale n.
7143/A.

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.

Compilare da parte del padre

Io sottoscritto.....

identificato mediante documento.....

n°.....

rilasciato da.....

il

padre del/la minore

Compilare da parte della madre

Io sottoscritta.....

identificata mediante documento.....

n°

rilasciato da

il.....

madre del/la minore

Firma (padre)

.....

Firma (madre)

.....