



CONSENSO INFORMATO

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO E ATTIVITA' DI CLASSE

I sottoscritti genitori

padre..... n. documento d'identità.....

madre..... n. documento d'identità.....

esercenti la patria potestà sull'alunno/a.....

nato/a a ..... Il.....

Frequentante la classe..... sez. .... della scuola.....

**AUTORIZZANO**

il/la sopracitato/a alunno/a, a partecipare alle attività con lo psicologo:

- colloqui individuali;
- incontri tematici rivolti al gruppo classe di prevenzione e laboratori espressivi;

**N.B.** è possibile barrare più caselle

I sottoscrittori hanno consapevolezza che:

la/il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](http://www.psicologicalabria.it/) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <http://www.psicologicalabria.it/>;

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.

Trebisacce,.....

Firma

Madre .....

Padre .....