

Oggetto: CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA RELATIVE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO ED EVENTUALI INTERVENTI LABORATORIALI NELLE CLASSI.

L'esperta, Psicologa-Psicoterapeuta, Francesca Di Fabio, iscritta all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 1606, titolare di incarico su pubblica selezione, fornisce le seguenti informazioni relative alle prestazioni offerte:

- le prestazioni saranno rese secondo calendario e modalità concordate e comunicate alla scuola;
- la professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice deontologico degli Psicologi Italiani, consultabile nella cartella dei servizi dell'Ordine degli Psicologi delle Marche: <http://www.ordinepsicologimarche.it/servizi.aspx>;
- la relazione instaurata con gli alunni non ha fini terapeutici, ma di consulenza. Qualora il problema affrontato dovesse essere rilevante verranno coinvolte le famiglie ed eventualmente indirizzate verso i servizi preposti;
- i dati personali e sensibili della persona che usufruirà dei servizi, saranno coperti da segreto professionale, ed utilizzati esclusivamente per le esigenze relative al servizio offerto, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

STUDENTI

La Sig.ra/il Sig. ....  
madre/padre/tutore legale  
del minore/minorene..... nato/a a  
.....  
Il ...../...../..... e ..... residente  
.....  
In via/piazza..... n.  
.....

dichiara di aver compreso quanto riportato in oggetto "CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA RELATIVE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO ED EVENTUALI INTERVENTI LABORATORIALI NELLE CLASSI" e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere ai servizi offerti dalla professionista.

Estremi documento di identità del dichiarante:

Luogo e data .....

Firma della madre/padre/tutore legale