

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO DI PREDAPPIO

La sottoscritta Dott.ssa Silvia Alduino, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 7895a, indirizzo posta elettronica di Istituto silvia.alduino@icpredappio.istruzioneer.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC PREDAPPIO fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso locali messi a disposizione da IC PREDAPPIO.
- Tipologia d'intervento: ascolto e consulenza di natura psicologica.
- Modalità organizzative: colloqui individuali.
- Scopi: favorire il benessere della comunità scolastica.
- Durata delle attività: da ottobre 2022 a dicembre 2022.
- La/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.ordinepsicologier.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.
- **Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il presente modulo prima di sottoscriverlo.**
La professionista: Dott.ssa Silvia Alduino

La Sig.ra _____ madre del minore _____ nata a _____ il ___/___/___ Identificata mediante documento _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____, dichiara di aver compreso l'informativa ricevuta, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Silvia Alduino presso il servizio Sportello di ascolto IC Predappio. Luogo e data _____ Firma della madre _____
Il Sig. _____ padre del minore _____ nato a _____ il ___/___/___ identificato mediante documento _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____, dichiara di aver compreso l'informativa ricevuta, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Silvia Alduino presso il servizio Sportello di Ascolto IC Predappio. Luogo e data _____ Firma del padre _____