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

La sottoscritta dott.ssa Amalia Di Mare, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi della Calabria n. 683, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola IIS Mattei Pitagora Calvosa di Castrovillari , fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali individuati dalla scuola.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili 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 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**

**Dr.ssa Amalia Di Mare**

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

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Amalia Di Mare presso lo Sportello di ascolto.

data Firma della madre

Il Sig. ........................................................... padre del minorenne …………………………………………………

Nato 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Amalia Di Mare presso lo Sportello di ascolto.

data Firma del padre

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente ………………………………………………… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Amalia Di Mare presso lo Sportello di ascolto.

 data

Firma

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig ...................................................................... nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne ............................................................... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................

Residente 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 accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Amalia Di Mare presso lo Sportello di ascolto.

data Firma del tutore