

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO D'ASCOLTO SCOLASTICO

La psicologa dott.ssa Carla Orrù, prima di rendere le prestazioni professionali relative al servizio di psicologia scolastica, fornisce le seguenti informazioni:

la professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psy.it.

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.

AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO ALUNNI

I sottoscritti: (nome cognome) _____

esercitanti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a :

(nome cognome) _____

classe e sez. _____ sede _____

☐ **AUTORIZZANO**

☐ **NON AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "Sportello d'Ascolto".

Luogo e data _____

Firma della madre

Firma del padre

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

firma

firma