

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI EROGATE NELL'AMBITO DEL PROGETTO 'PSICOLOGO D'ISTITUTO'

La sottoscritta dott.ssa Daiana Bonotti, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n°8256 presta il proprio servizio presso l'Istituto Comprensivo Camaione 3°.

Le prestazioni previste saranno svolte presso i locali dell'Istituto in base ad un calendario pubblicato sul sito internet dell'Istituto.

Gli appuntamenti saranno gestiti in collaborazione con la segreteria scolastica nei modi e nei tempi previsti dal progetto stesso.

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 al servizio, comunque coperti dal segreto professionale con relative deroghe, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D. Lgs. 101/2018.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista

Daiana Bonotti

PER LA SOTTOSCRIZIONE COMPILARE LA PARTE D'INTERESSE

MAGGIORENNI

Il/La sottoscritto/a.....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, e qui sopra riportato, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Bonotti presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra.....madre del minore.....

nata a.....il ____/____/____

e residente a.....

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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Bonotti presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minore.....

nato a.....il ____/____/____

e residente a.....

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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Bonotti presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il ____/____/____ tutore del minore.....

in ragione di (indicare provvedimento e numero, autorità emanante, data).....

residente a.....

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 dott.ssa Bonotti presso lo Sportello d’ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore