

Consenso informato MINORENNI prestazione psicologica scolastica Liceo Classico Michelangiolo

I sottoscritti _____

nata a _____ il _____ residente _____ via _____

nato a _____ il _____ residente _____ via _____

_____ dichiarano che:

affidandosi alla dott.ssa Cecilia Iannaco, iscritta all'Albo Ordine Psicologi e Psicoterapeuti Toscana (n° 7221) sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda una consulenza psicologica scolastica;
3. la prestazione è ordinaria: definizione del bisogno ed elaborazione della domanda d'aiuto;
4. la prestazione è finalizzata unicamente al benessere psicologico dello studente;
5. la durata del colloquio è di mezz'ora;
6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicandolo alla dott.ssa Iannaco;
8. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti;
9. il colloquio non ha costo per la famiglia essendo un servizio offerto dalla scuola

Siamo informati in merito al trattamento dei dati:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati
2. La dott.ssa Iannaco è titolare del trattamento di eventuali dati personali e adotterà ogni procedura idonea a proteggere la riservatezza nel senso del segreto professionale e adeguate misure di sicurezza. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili solo alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie.

Visto e compreso per proprio conto nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

☐ FORNISCONO IL CONSENSO – ai colloqui con la Dott.ssa Iannaco a.s. 2023-2024

Luogo e data _____

Firma _____ Firma _____

–