**CONSENSO INFORMATO**

**MINORI**

La professionista, dott.ssa Angela Barbaro iscritta all’Ordine degli Psicologi della Campania n. 5826, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile *on line* sul sito dell’Ordine.

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.

La Sig.ra ...............................................................................................................................................

madre dell’alunno/a ………………………………………………..........................................................

nata a il / /

e residente a …………………………………………….........................................................................

in via/piazza ……….........…………………………............... n. ….…….............

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Angela Barbaro presso lo Sportello psicologico.

Data e luogo: Firma

Il Sig. ................................................................................................................................................................

padre dell’alunno/a …………………………………………………………...............................................

Nato/a a il / /

e residente a …………………..………………............................................................................................

in via/piazza ………...…………………………................................................. n. ….……..................

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Angela Barbaro presso lo Sportello psicologico.

Data e luogo: Firma

**N.B. Allegare foto documento di riconoscimento**

**CONSENSO INFORMATO**

**MAGGIORENNI**

**DOCENTI, GENITORI, PERSONALE SCOLASTICO**

*(docenti, genitori e personale scolastico devono inviare il presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla richiesta di appuntamento, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d’Ascolto Psicologico.)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d’Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, **FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA** lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Angela Barbaro.

Luogo e Data , / /

Firma leggibile