

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Io sottoscritto (padre o tutore legale) _____

e la sottoscritta (madre o tutrice legale) _____

Genitori (o esercitanti la patria parentale) dell'alunno _____

Classe _____

della Scuola _____

DICHIARO DI ESSERE A CONOSCENZA

- Dell'esistenza del servizio di Sportello di Consulenza Psicologica presso il Collegio Rotondi
- Di essere a conoscenza che verrà offerta una consulenza psicologica finalizzata ad una migliore comprensione delle dinamiche e delle problematiche personali che coinvolgono nostro/a figlio/a
- Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio psicologico della durata di 45 minuti circa
- La prestazione verrà effettuata nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, e nel rispetto dei dati personali ai sensi dell'art. 7 del D. lgs del 30 Giugno del 2003, n. 196

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

(COGNOME E NOME DEL MINORE) _____

ad accedere spontaneamente secondo le proprie necessità.

Luogo e data _____

(firma padre) _____

(firma madre) _____