

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO E SOSTEGNO PSICOLOGICO

Lo Sportello d'Ascolto e Sostegno Psicologico costituisce uno spazio volto ad accogliere e supportare gli/le alunni/e nell'affrontare i diversi compiti evolutivi ed è tenuto presso l'Istituto Comprensivo "Catanzaro Nord Est Manzoni" di Catanzaro dal Dott. Antonio Zaccone, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Calabria, email: [psicologo.zaccone@gmail.com](mailto:psicologo.zaccone@gmail.com)

Le prestazioni verranno svolte previo appuntamento concordato con lo psicologo **Dott. Antonio Zaccone** nel giorno e orario concordato. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani> I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto e Sostegno Psicologico, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

### **CONSENSO DEI GENITORI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere allo Sportello d'Ascolto e Sostegno Psicologico tenuto dal dott. Antonio Zaccone.

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, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere allo Sportello d'Ascolto e Sostegno Psicologico tenuto dal dott. Antonio Zaccone.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

### **In caso di impossibilità di firma da parte di uno dei genitori/tutori, sottoscrivere anche la seguente dichiarazione**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la su estesa autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_