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, 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato a _____ il___/___/_____ 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di 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, Autorità emanante, data numero*) _____

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

Un Posto Sicuro "Il progetto è stato selezionato da Con i Bambini nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile. Il Fondo nasce da un'intesa tra le Fondazioni di origine bancaria rappresentate da Acri, il Forum Nazionale del Terzo Settore e il Governo. Sostiene interventi finalizzati a rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che impediscono la piena fruizione dei processi educativi da parte dei minori. Per attuare i programmi del Fondo, a giugno 2016 è nata l'impresa sociale Con i Bambini, organizzazione senza scopo di lucro interamente partecipata dalla Fondazione CON IL SUD. www.conibambini.org".

CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria n. _____,

_____

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico ___ITT Panella Vallauri_____ fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede dell'ITT "Panella Vallauri" di Via E. Cuzzocrea, 22
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  a) tipologia d'intervento: Consulenza psicologica
  b) modalità organizzative: Colloquio psicologico su appuntamento
  c) scopo dell'attività: Sostegno psicologico/Prevenzione/Riabilitazione/Abilitazione
  d) Durata: Colloquio di 50 minuti
- La/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 www.psy.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La/Il Professionista (firma)……..

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ 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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____

Un Posto Sicuro "Il progetto è stato selezionato da Con i Bambini nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile. Il Fondo nasce da un'intesa tra le Fondazioni di origine bancaria rappresentate da Acri, il Forum Nazionale del Terzo Settore e il Governo. Sostiene interventi finalizzati a rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che impediscono la piena fruizione dei processi educativi da parte dei minori. Per attuare i programmi del Fondo, a giugno 2016 è nata l'impresa sociale Con i Bambini, organizzazione senza scopo di lucro interamente partecipata dalla Fondazione CON IL SUD. www.conibambini.org".