



Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni

Il sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ Via _____

Documento nº _____

e la sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____ C.F._____

residente in _____ Via _____

Documento n° _____

del/la minore _____ nato/a a _____

II _____ C.F. _____

siamo stati informati che la prestazione di servizio di supporto p

professionista esterno all'istituzione scolastico, dott.ssa **BORSATO**

siamo stati informati che la prestazione di servizio di supporto p

A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in

ambito psicologico;

- in qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale;
 - lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
 - lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
 - esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto di accesso alle fonti ed ai materiali;
 - lo sportello psicologico è rivolto ai ragazzi ed ai genitori dei ragazzi iscritti all'I.C. Costa di Rovigo - Fratta Polesine (RO);
 - le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione;
 - lo psicologo in qualità di autorizzato al trattamento per conto dell'istituto potrà nell'ambito delle proprie funzioni se necessario accedere ai dati del fascicolo personale dell'alunno e chiedere delucidazioni alle insegnanti.

Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Costa di Rovigo (RO), _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____