

Progetto Spazio d'ascolto

Istituto A. Bassi Lodi

**CONSENSO INFORMATO ATTIVITA' DI CONSULENZA PSICOLOGICA VOLTA ALLA PREVENZIONE E
AL BENESSERE PSICOFISICO E RELAZIONALE**

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

Il sottoscritto (cognome e nome del padre).....

Documento d'identita'

La sottoscritta (cognome e nome della madre)

.....

Documento d'identita'

Genitori del minore (cognome e nome del figlio)

Frequentante la classe Sezione

Recapito telefonico (del soggetto/i firmatario/i):.....

ESPRIMONO

- Il proprio consenso affinché il minore _____

- abbia libero accesso nel presente anno scolastico allo sportello di ascolto dell'I.I.S "A. Bassi", in presenza e/o da remoto, a cura delle dott.ssa Sposito Giada, psicologa psicoterapeuta;

- I sottoscritti sono informati che le suddette attività sono previste nell'ambito del progetto "Spazio d'ascolto" attuato dall'Istituto "A. Bassi" per l'anno scolastico 2022/2023.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali del minore di cui sono genitori, ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento UE679/2016, esclusivamente per le finalità di cui sopra

E' richiesta obbligatoriamente la firma di entrambe i genitori.

Firma del padre

Firma della madre

Lodi,