

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Lo Sportello d'Ascolto costituisce uno spazio volto ad offrire chiarimenti, supporto e/o indicazioni di intervento a genitori, insegnanti e alunni. È tenuto presso l'Istituto Comprensivo "Giovanni Paolo II" di Capo D'Orlando (ME) dalla Dott.ssa Oriana Tumeo, Psicologa Clinica & Terapista ABA-RBT – Esperta in Dislessia & DSA iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia n. 8997-A, email: oriantumeo@gmail.com

Le prestazioni verranno svolte con la psicologa **Dott.ssa Oriana Tumeo** nelle giornate e negli orari stabiliti. 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.oprs.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.

CONSENSO MINORI

La Sig.ra (madre).....

nata a il ____/____/____

C.F.: residente a

in via/piazzan.

Identificata mediante documento di riconoscimento:

n. documento..... Rilasciato da

il ____/____/____. Madre del minore.....

frequentante la classe sez. scuola Secondaria di I grado dell'I.C. di Capo D'Orlando. Dichiaro di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decido con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Oriana Tumeo presso lo Sportello di ascolto.

Recapito telefonico _____

Capo D'Orlando, li _____

Firma della madre _____

Il Sig. (padre)..... nato a.....

il ____/____/____ C.F.:

Identificato mediante documento di riconoscimento:

n. documento..... Rilasciato da

il ____/____/____. Residente a.....

in via/piazzan.....

Padre del minore Dichiaro di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decido con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Oriana Tumeo presso lo Sportello di ascolto.

Recapito telefonico _____

Capo D'Orlando, li _____

Firma del padre _____