**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E SOSTEGNO.**

La sottoscritta dott.ssa Lavinia Teresi Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n.27481( l.teresi@psypec.it laviniateresi@gmail.com)

prima di rendere prestazioni professionali in favore dell’Istituto Comprensivo Lido del Faro, Via Giuseppe Fontana, 13 Fiumicino fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di

* consulenza
* sostegno psicologico

saranno rese:

* presso le sedi dell’Istituto Lido del Faro Via Giuseppe Fontana, 13 Fiumicino.

Il professionista è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani pubblicato sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo <https://www.ordinepsicologilazio.it/wp-content/uploads/2014/12/Codice-deontologico-degli-Psicologi-Italiani1.pdf>. I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

***UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MINORENNI***

Minorenne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nat... a ……………………………………………………...........………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………..................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

***PERSONE SOTTO TUTELA***

Sig.........…………………………………………………………………………………......................................................................

nat... a ……………………………………………………...........………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………..................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lavinia Teresi presso lo Sportello di Ascolto.

⬜ FORNISCE IL CONSENSO ⬜ NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lavinia Teresi presso lo Sportello di Ascolto.

⬜ FORNISCE IL CONSENSO ⬜ NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del... Sig. ... .....................................................................................................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................

residente a …………………..………….....................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lavinia Teresi presso lo Sportello di Ascolto.

⬜ FORNISCE IL CONSENSO ⬜ NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data Firma del tutore