

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 laviniaateresi@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/piazzan.....

PERSONE SOTTO TUTELA

Sig.....
nat... a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

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/piazzan.....

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/piazzan.....

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/piazzan.....

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