

RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO SPORTELLO D'ASCOLTO - MINORI

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, residente a _____, in _____

identificata mediante documento: _____ N. _____ ed il

sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, residente a _____, in _____

identificata mediante documento: _____ N. _____

genitori del/della minorenni _____,

frequentante la classe _____ dell'Istituto, a seguito dell'attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico, finalizzato a promuovere il benessere psico-fisico di tutta la comunità e fornire un supporto per fronteggiare e superare eventuali difficoltà e/o disagi,

DICHIARANO

- di essere a conoscenza che il servizio prevede la richiesta di una consulenza psicologica, strutturata sul modello del colloquio individuale;

- di essere a conoscenza che la prestazione offerta verrà effettuata nel pieno rispetto delle norme contenute nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani (Artt. 11, 13, 24) e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n. 196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016).

Autorizzano

Non autorizzano

Il/la proprio/a figlio/a usufruire del servizio.

Data _____

Firma _____ (Padre)

Firma _____ (Madre)