

# Modello di sottoscrizione del consenso informato alla consultazione psicologica

## I sottoscritti

1. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. di cellulare \_\_\_\_\_

e

2. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. di cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di esercente/i la funzione genitoriale/tutoriale sullo/a studente/ssa:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

- a. acconsentono al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa:

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

- b. acconsentono l'accesso del/la proprio/a figlio/a alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Ferma presso lo Sportello Psicologico attivato dalla scuola secondaria di I grado "Lina Mandelli":

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

- c. acconsentono l'eventuale osservazione diretta del gruppo classe e un eventuale intervento sulla classe da parte della dott.ssa Ferma, a seguito di segnalazione ricevuta:

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma genitore 1 .....

Firma genitore 2\* .....

*\* è necessaria la firma di tutti coloro che esercitano la responsabilità genitoriale (ex potestà genitoriale), anche in caso di separazione/divorzio dei coniugi.*

*Qualora il minore risulti giuridicamente affidato a terzi è necessaria la firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno/genitore affidatario/ente affidatario/ altro adulto maggiorenne legalmente riconosciuto con copia del documento del Tribunale.*

Tutore.....