



San Miniato

L i c e o " G . M a r c o n i "

Via Trento n. 74 loc. La Scala – 56028 San Miniato (PI) - Tel. 0571/418392 – 419879

web: www.liceomarconi.edu.it – e-mail: pips01000q@istruzione.it – pec: pips01000q@pec.istruzione.it

CONSENSO INFORMATO ATTIVITÀ SUPPORTO PSICOLOGICO

Nell’ambito del servizio di supporto psicologico per rispondere alle conseguenze derivanti dall’emergenza COVID-19 nel contesto scolastico la dott.ssa Laura Bellandi (n°8552 – Ordine Psicologi Toscana) effettuerà le seguenti prestazioni professionali presso il Liceo G. Marconi:

- Interventi di prevenzione e monitoraggio nella classe
- Percorsi di sostegno psicologico previa richiesta dello studente

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo: www.ordinepsicologitoscana.it.

I dati personali e sensibili delle persone coinvolte negli interventi e nel servizio, 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

In merito a quanto illustrato si richiede il consenso informato:

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente
frequentante la classe Del Liceo G. Marconi ad indirizzo.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laura Bellandi presso l’istituto scolastico.

Luogo e data

Firma
(per il consenso)

MINORENNI (è richiesto necessariamente il consenso di entrambi i genitori)

La Sig.ra
madre del minorenne.....
frequentante la classe del Liceo G. Marconi ad indirizzo.....
nata ail ___/___/_____
e residente a
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Laura Bellandi presso l’istituto scolastico.

Luogo e data

Firma della madre
(per il consenso)

Il Sig.

padre del minorenne.....

frequentante la classe del Liceo G. Marconi ad indirizzo.....

nata ail ___ / ___ / _____

e residente a

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Laura Bellandi presso l'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma del padre
(per il consenso)

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o

a..... il ___ / ___ / _____

Tutore del minorenne.....

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

frequentante la classe del Liceo G. Marconi ad indirizzo.....

residente a

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laura Bellandi presso l'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma del tutore
(per il consenso)