



CONSENSO INFORMATO ATTIVITA' SUPPORTO PSICOLOGICO

Nell'ambito del servizio di consulenza psicologica e di attività di monitoraggio-prevenzione del disagio nel contesto scolastico, la dr.ssa Nelli Ilaria (iscritta all'ordine degli psicologi della Toscana n.4903), effettuerà percorsi di sostegno psicologico per gli studenti frequentanti l'istituto. Il servizio è finalizzato all'elaborazione e al superamento di traumi e disagi derivanti dal precedente periodo dall'emergenza COVID-19, difficoltà relazionali, traumi psicologici, al fine di prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

I dati personali e sensibili delle persone coinvolte negli interventi e nel servizio, sono coperti dal segreto professionale e 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:

MINORENNI (è richiesto il consenso di entrambi i genitori)

Il Sig.re....., padre del minore/minorenne.....

Frequentante la classe..... del Liceo Marconi ad indirizzo....., nato a

il__/_/_ e residente a, dichiara di aver compreso quanto illustrato e decide con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il/ figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Nelli Ilaria presso l'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma della Padre (per il consenso)

La Sig.ra....., madre del minore/minorenne.....

Frequentante la classe..... del Liceo Marconi ad indirizzo....., nata a

il__/_/_ e residente a, dichiara di aver compreso quanto illustrato e decide con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Nelli Ilaria presso l'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma della Madre (per il consenso)





CONSENSO INFORMATO ATTIVITA' SUPPORTO PSICOLOGICO

MAGGIORRENNI

Lo studente/la studentessa , frequentante la classe.....

Del Liceo Marconi ad indirizzo..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Nelli Ilaria presso l'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma (per il consenso)

PERSONE SOTTO TUTELA

Il Sig.re/la Sig.ra....., nato/a a il ___/___/___, tutore del minorenne, in ragione di (indicare provvedimento, autorità emanate, data, numero)....., frequentante la classe..... del Liceo Marconi ad indirizzo..... residente a dichiara di aver compreso quanto illustrato e decide, con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Nelli Ilaria presso l'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma del tutore (per il consenso)

