

Modulo per consenso informato dei genitori / tutori per prestazioni a minorenni

Io sottoscritto (padre) _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
Via _____

Documento n° _____

e io sottoscritta (madre) _____ nata a _____ il
_____ C.F. _____ residente in _____
Via _____

Documento n° _____ del/la minore _____

nato/a _____ a _____ il _____

C.F. _____ siamo stati informati che la
prestazione di servizio di supporto psicologico sarà effettuata da un professionista esterno
all'istituzione scolastico, dott.ssa Giuly Bertoli.

La prestazione di sportello psicologico non è ascrivibile a intervento di psicoterapia;

In qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale;

Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;

Lo sportello psicologico è rivolto al personale scolastico, ai ragazzi ed ai genitori dei ragazzi
iscritti all'I.I.S "Galilei - Artiglio" di Viareggio.

Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci
un corrispettivo economico per la prestazione;

Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del
sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a
che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia
richiesta.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____ Firma madre leggibile _____

Firma tutore leggibile _____