

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA - MINORI Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti (cognome e nome del padre).....

e (cognome e nome della madre)

genitori del minore/i (cognome e nome del figlio/a)

(cognome e nome del figlio/a)

sono informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica nell'ambito del progetto Sportello psicologico dell'IIS Badoni di Lecco, finalizzato alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta;
- che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la sunnominato/a minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui il colloquio di consulenza psicologica con la dott. VANDA M. BONO, psicologa iscritta all'Ordine.

In fede

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del Tutore _____

Luogo, data _____