**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO**

**LO SPORTELLO PSICOLOGICO DELL’ISTITUTO E.FERMI DI FRASCATI**

(da restituire stampato e **firmato** tramite mail, scrivendo in stampatello)

Sono informato/a che la dott.ssa Alessandra Conti, Psicologa iscritta all’albo degli Psicologi del Lazio, iscrizione n. 11530, opera nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che i colloqui sono riservati e gratuiti e che i dati forniti saranno trattati nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MINORENNI***

La Sig.ra…………………………………………………………………… ..........................................................................................

madre del minorenne…………………………………….…………………………………………..della classe…………………………………..

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………………………in via/piazza ………......................................….……........................n………

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e 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 ALESSANDRA CONTI presso lo Sportello di ascolto psicologico e a

 partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Numero di telefono della madre……………..............……..……………………………

Numero di telefono del figlio/a……………..............……..…………………………….

Autorizzo la dottoressa Alessandra Conti a comunicare alla Regione Lazio, finanziatore del progetto sportello di ascolto presso l’Istituto Fermi di Frascati, i miei dati personali e/o i dati di mio figlio/a…………………………………………………. comunicati per l’accesso allo sportello di ascolto ai fini della rendicontazione finale per il progetto “sportello di ascolto” prevista dalla normativa vigente in materia di trasparenza dei fondi pubblici.

(I dati saranno forniti solo in caso di controlli)

La sottoscritta, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data Firma della madre

………………………………………………………… ………………………………………………………………….

Il Sig. .........................................................................................................................................................................

padre del minorenne……………………………………………………………………………della classe……….......................................

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………………………in via/piazza ………......................................….……........................n………

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e 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 ALESSANDRA CONTI presso lo Sportello di ascolto psicologico e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Autorizzo la dottoressa Alessandra Conti a comunicare alla Regione Lazio, finanziatore del progetto sportello di ascolto presso l’Istituto Fermi di Frascati, i miei dati personali e/o i dati di mio figlio/a…………………………………………………. comunicati per l’accesso allo sportello di ascolto ai fini della rendicontazione finale per il progetto “sportello di ascolto” prevista dalla normativa vigente in materia di trasparenza dei fondi pubblici.

(I dati saranno forniti solo in caso di controlli)

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numero di telefono del padre……………..............……..……………………………

Numero di telefono del figlio……………………………………………………………….

Luogo e data Firma del padre

…………………………………………………………… ……………………………………………………………………………..

**DA COMPILARE NEL CASO DI UN SOLO GENITORE FIRMATARIO:**

Il sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………

Genitore dell’alunno/a………………………………………………………………………………………………….

consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del DPR n.245/2000

Dichiaro di essere l’unico esercente la responsabilità genitoriale di mia/mio figlia/o per il seguente motivo:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

In caso di provvedimento giuridico mettere i riferimenti: numero di provvedimento, autorità emanante e data di emissione:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autorizzo la dottoressa Alessandra Conti a comunicare alla Regione Lazio, finanziatore del progetto sportello di ascolto presso l’Istituto Fermi di Frascati, i miei dati personali e/o i dati di mio figlio/a………………………………………………………..……. comunicati per l’accesso allo sportello di ascolto ai fini della rendicontazione finale delle vorrei utilizzate per il progetto “sportello di ascolto” prevista dalla normativa vigente in materia di trasparenza dei fondi pubblici (i dati saranno forniti solo in caso di controlli)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numero di telefono ……………..............……..……………………………

Luogo e data Firma genitore

………………………………………………………….. ……………………………………………………………………….

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente ………………………………………………………………………. della classe……………………………….

Nata/o a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………………………in via/piazza ………......................................….……........................n………

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa ALESSANDRA CONTI presso lo Sportello di ascolto psicologico e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Autorizzo la dottoressa Alessandra Conti a comunicare alla Regione Lazio, finanziatore del progetto sportello di ascolto presso l’Istituto Fermi di Frascati, i miei dati personali comunicati per l’accesso allo sportello di ascolto ai fini della rendicontazione finale per il progetto “sportello di ascolto” prevista dalla normativa vigente in materia di trasparenza dei fondi pubblici (i dati saranno forniti solo in caso di controlli)

Numero di telefono ……………..............……..……………………………

Luogo e data Firma

…………………………………………………………… ……………………………………………………………………………..

Numero di telefono ……………..............……..……………………………

Luogo e data Firma

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne................................................................................................della classe…………………………….

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

residente a …………………..………….....................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e 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 .ALESSANDRA CONTI presso lo Sportello di ascolto psicologico e a partecipare ad altre eventuali attività inerenti il suddetto servizio.

Autorizzo la dottoressa Alessandra Conti a comunicare alla Regione Lazio, finanziatore del progetto sportello di ascolto presso l’Istituto Fermi di Frascati, i dati personali del minore ………………………………………………………………………... comunicati per l’accesso allo sportello di ascolto ai fini della rendicontazione finale per il progetto “sportello di ascolto” prevista dalla normativa vigente in materia di trasparenza dei fondi pubblici.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data Firma del tutore

……………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………