

CONSENSO INFORMATO

PER PARTECIPAZIONE DEL MINORE AD INCONTRI CON LA CLASSE AL "PROGETTO BENESSERE"

Il sottoscritto sig. _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

alla via/piazza _____ n. _____ Tel. _____

la sottoscritta sig.ra _____

nata a _____ il _____ e residente in _____

alla via/piazza _____ n. _____ Tel. _____

Genitori dell'alunno _____

nato a _____ il _____ frequentante la classe _____

della scuola primaria San Domenico Savio Terzigno (Na)

dichiariamo di essere stati informati sui seguenti punti:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani., nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione è finalizzata ESCLUSIVAMENTE ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità, al miglioramento delle Dinamiche di Gruppo degli alunni e delle Strategie Educative.

informati di tutto ciò

AUTORIZZIAMO

la presenza dello psicologo Dott.ssa Carmelina Franzese alle attività della classe .

Il trattamento dei dati personali avverrà ai sensi del D Lgs. 101/2018 e del regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation – "GDPR"), e sarà finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle attività di counseling psicologico presso la scuola primaria San Domenico Savio Terzigno (Na) .

Terzigno _____

Firma del padre

.....

Firma della madre

.....