



DediCare Centro di Psicologia  
Via A.Vici n.12/B, Foligno  
p.iva 03442950543

☎ 0742 23749  
☎ 392 3504481  
✉ info@dedi-care.it

## CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Io sottoscritto sig. \_\_\_\_\_  
Io sottoscritta sig.ra \_\_\_\_\_  
genitore e/o tutore dell'alunna/o \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

- autorizzo  
 non autorizzo

mio/a figlio/a a partecipare allo sportello di ascolto e consulenza.

Sono stato/a informato/a dal/dalla dr./dr.ssa Michela Forconi iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria numero 1366  
sui seguenti punti:

- la prestazione offerta dal/dalla dr./dr.ssa Michela Forconi è una prestazione di CONSULENZA D'ASCOLTO PSICOLOGICO;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e consulenza in ambito psicologico;
- la durata globale dell'intervento prevede un n° massimo di 3/4 incontri. La durata di ogni singolo incontro è variabile da un minimo di 20 minuti ad un massimo di 40 minuti;
- le modalità di accesso allo sportello d'ascolto psicologico verranno comunicate dalla segreteria della scuola;
- lo Psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma Professionista \_\_\_\_\_

**PER TRATTAMENTO EROGATI A SOGGETTI DI ETÀ MINORE A 16 ANNI**  
**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL' ART. 7**  
**Regolamento (UE) 2016/679**

Il Sig. \_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_,  
genitori del minore \_\_\_\_\_, informato sull'identità del Titolare del  
trattamento e su quella di eventuali Responsabili, ricevuta e letta attentamente la presente informativa, in  
virtù della potestà genitoriale,

**ACCONSENTONO**       **NON ACCONSENTONO**

ai sensi dell'art.7 e ss del Reg. UE 679/2016, al trattamento di dati propri e relativi al figlio minore anche  
appartenenti a categorie particolari (art. 9 par. 1 del Reg. UE 679/2016) per le finalità e con le modalità di cui  
alle lett. A e C dell'informativa.

Si precisa che in mancanza del consenso non si potrà dar seguito al servizio richiesto.

**ACCONSENTONO**       **NON ACCONSENTONO**

all'utilizzo di immagini, video o altri materiali audiovisivi, contenenti l'immagine, il nome e la voce  
dell'Interessato, ai fini della redazione, presentazione, pubblicazione di studi e ricerche con finalità  
scientifiche, per le finalità e con le modalità di cui alle lett. A e C dell'informativa.

Si precisa che il mancato conferimento del consenso non consentirà l'utilizzo di quanto sopra precisato.

Data \_\_\_\_\_

Firma

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_