

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Dati dello Studente:

- Nome e Cognome: _____
- Data di nascita: _____
- Classe: _____
- Recapito telefonico: _____

Dichiarazione di Consenso

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di
(barrare l'opzione pertinente):

- ☐ Studente maggiorenne
- ☐ Genitore/Tutore dello studente minorenn

dichiara di aver preso visione delle informazioni relative allo Sportello di Ascolto Psicologico attivato dall'Istituto e condotto dalla Dott.ssa Adelaide Merendino.

Dichiara inoltre di essere stato/a informato/a che:

- Il servizio è di natura volontaria e riservata.
- Gli incontri saranno gestiti nel rispetto della privacy, secondo le normative vigenti.
- Per gli studenti minorenni, è necessaria l'autorizzazione di entrambi i genitori/tutori legali.
- Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta entro 2 giorni.

Esprimo il mio consenso affinché lo studente sopra indicato possa usufruire del servizio di Sportello di Ascolto Psicologico.

Firma dello studente maggiorenne: _____

Firma del genitore/tutore (se minorenne): _____

Luogo e Data: _____