



ISTITUTO COMPRESIVO ANDRANO

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di
1° grado Via Del Mare, 15– 73032 ANDRANO (Lecce)
Sedi: Andrano - Castiglione - Spongano - Diso - Marittima
c.m.: LEIC8AP00X - c.f.: 92025260750 tel.: 0836926076
mail: leic8ap00x@istruzione.it – pec: leic8ap00x@pec.istruzione.it
sito web: www.icandrano.edu.it



MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER GLI INTERVENTI DI CLASSE DELLO PSICOLOGO

Il sottoscritto _____ padre
del/della minore/a _____

_____ Nato/a il _____

_____ residente in via _____ cap _____

_____ recapito telefonico _____ e-mail _____

CF _____

_____ tel/cell _____

La sottoscritta _____ madre
del/della

minore/a _____

_____ Nato/a _____ il _____

_____ residente in via _____

_____ cap _____ recapito telefonico _____

_____ e-mail _____

CF _____

_____ tel/cell _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____

_____ nato/a _____ a _____ il _____

_____ residente _____

in Via _____ cap _____

CF _____

_____ frequentante la classe _____

_____ della Scuola _____

AUTORIZZANO

lo psicologo dell'Istituto durante l'orario scolastico nel giorno.....dalle ore.....alle ore.....*

SI NO

(*) Nel caso in cui l'autorizzazione fosse negata, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe.

SI NO

SI NO

Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno il coinvolgimento dei genitori per eventuali confronti ed approfondimenti.

I dati personali e sensibili della persona, 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori

Madre.....

Padre

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)