**Progetto Spazio d’ascolto**

**Istituto A. Volta Lodi**

**CONSENSO INFORMATO ATTIVITA’ DI CONSULENZA PSICOLOGICA VOLTA ALLA PREVENZIONE E AL BENESSERE PSICOFISICO E RELAZIONALE**

**A.s. 2024/2025**

*Ai sensi dell’art. 24 del***“Codice Deontologico degli Psicologi italiani”**

Il sottoscritto (cognome e nome del padre)…………………………………………………………………………………….

Documento d’identita’ ………………………………………………………………………………………………………………….

La sottoscritta (cognome e nome della madre) …………………………………………………………………………………………………

Documento d’identita’…………………………………………………………………………………………………………………..

Genitori del minore (cognome e nome del figlio) ………………………………………………………………………...

Frequentante la classe ……………… Sezione ………………

Recapiti telefonici (indicarlo per entrambe i soggetti firmatari): ................................................. Madre

 ………………………………………………. Padre

**ESPRIMONO**

Il proprio consenso affinché il minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- abbia libero accesso nel presente anno scolastico allo sportello di ascolto dell’I.I.S “A. Volta”, in presenza e/o da remoto, a cura delle dott.ssa Sposito Giada, psicologa psicoterapeuta;

- I sottoscritti sono informati che le suddette attività sono previste nell’ambito del progetto “Spazio d’ascolto” attuato dall’Istituto “A. Volta” per l’anno scolastico 2023/2024.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali del minore di cui sono genitori, ai sensi dell’art 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento UE679/2016, esclusivamente per le finalità di cui sopra

**E’ richiesta obbligatoriamente la firma di entrambe i genitori.**

Firma del padre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA