

Consenso informato per utilizzo del servizio di sportello di ascolto psicologico

La/il sottoscritta/o _____

La/il sottoscritta/o _____

Nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

frequentante il Liceo "Carlo Porta" classe _____ sezione _____

Forniamo il consenso NON forniamo il consenso

Per l'accesso al servizio di sportello di ascolto.

Forniamo il consenso NON forniamo il consenso

Al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/179.

Si precisa che:

- Il minore può accedere allo sportello solo se autorizzato dai genitori;
- Data l'autorizzazione, il professionista che gestisce lo sportello non è tenuto a informare i genitori rispetto a tempi, modalità ed effettivo utilizzo del servizio.

Monza, il _____

Firme di chi esercita la responsabilità genitoriale: _____

Dott.ssa Stefania Diotti

Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 19392

