

Allegato A

AUTORIZZAZIONE SPORTELLLO D'ASCOLTO da compilare e restituire firmata all'indirizzo mail sportello.ascolto@liceoalatri.it

PER MINORENNI

I sottoscritti.....e.....

genitori della/o studentessa/efrequentante

la classe....., sezione..... indirizzo.....,

AUTORIZZANO Il/la proprio/a figlio/a ad avvalersi dello Sportello di Ascolto.

PER MAGGIORENNI

Il/la sottoscritto/a..... frequentante la classe,

sezione..... indirizzo.....,

DICHIARA che intende avvalersi, in caso di necessità, dello Sportello di Ascolto.

- La Dott.ssa Antonucci e la Dott.ssa Cocco, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

FIRMA DEI GENITORI

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DELLA/O STUDENTESSA/E MAGGIORENNE
