

CONSENSO INFORMATO SERVIZIO di CONSULENZA PSICOLOGICA PER I
MINORI

Il sottoscritto Sig. _____ nato a _____
il _____ e residente in _____

La sottoscritta Sig.ra _____ nata a _____
il _____ e residente in _____

genitori dell'alunno/a _____ della classe _____,
prima di ottenere prestazioni professionali da parte della psicologa consulente,
Dott.ssa Valentina Cecchi, iscritta all'Ordine degli Psicologi della LOMBARDIA
numero 12936, in favore _____ minorenni, dichiarano di essere stati
informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è una Consulenza psicologica offerta dalla scuola, per migliorare il benessere dello studente
- la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Informati di tutto ciò (selezionare l'opzione scelta)

a che _____ possa fruire della prestazione.

Luogo _____ data _____

Nominativo del Padre _____

Nominativo della Madre _____
o (oppure) _____

Nome del Tutore _____

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000).