# 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 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

Il proprio figlio/a a partecipare alle attività svolte in classe dalla psicologa.

SI◻ NO◻

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

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.

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.