

COMPILARE PER ESPRIMERE IL CONSENSO/DISSENSO ALLA PRESTAZIONE PSICOLOGICA DEL C.I.C. PER IL/LA MINORE.

Il sottoscritto _____ in qualità di ☐ PADRE ☐ TUTORE del minore,
e la sottoscritta _____ in qualità di ☐ MADRE ☐ TUTRICE del minore,
esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela sul minore

☐ AUTORIZZANO/PRESTANO IL CONSENSO ☐ NON AUTORIZZANO/NON PRESTANO IL CONSENSO all'accesso del minore, qualora ne faccia spontaneamente richiesta durante gli anni scolastici, allo sportello C.I.C. (Centro di Informazione e Consulenza), per un intervento di consultazione psicologica breve, gratuito, finalizzato all'ascolto, al sostegno e all'orientamento e non finalizzato a diagnosi o psicoterapia. Dichiariamo di aver ricevuto informazioni sulle caratteristiche del servizio e sui limiti della riservatezza professionale. Il presente consenso riguarda la prestazione professionale e non costituisce consenso al trattamento dei dati personali, per il quale si rinvia all'apposita informativa privacy ASL.

Tale Documento si intende valido per tutta la durata del corso di studi, salvo richiesta di modifica da parte degli esercenti la responsabilità genitoriale che sono tenuti a segnalare alla scuola eventuali modifiche da apportare.

Data _____

firma _____ (Padre/Tutore legale)

* firma _____ (Madre/Tutrice legale)

In caso di unico soggetto esercente la responsabilità genitoriale o la tutela, compilare la dichiarazione sottostante.

Dichiarazione di unico soggetto esercente la responsabilità genitoriale o la tutela

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

☐ PADRE ☐ MADRE ☐ TUTORE

del minore _____

DICHIARA

di essere l'unico soggetto esercente la responsabilità genitoriale o la tutela per il seguente motivo:

_____ In caso di provvedimento dell'Autorità giudiziaria, indicare gli estremi del provvedimento, l'Autorità emanante
el a data.....

Data _____

firma _____ (Genitore)