

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA
PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

Il sottoscritto sig nato a il

La sottoscritta sig.ra nata a il

genitori dell'alunno/a.....

frequentante la classe del Liceo Artistico Statale "P. Petrocchi" di Pistoia, dichiarano di essere a conoscenza dell'attivazione di uno "Sportello di Ascolto e di Consulenza Psicologica" nella scuola di nostro/a figlio/a e, in virtù della podestà genitoriale, diamo il consenso affinché nostro/a figlio/a si rechi allo sportello di ascolto gestito dallo psicologo/psicoterapeuta dr. Gianluca Ciuffardi.

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo sportello di ascolto, comunque coperti da segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento UE sulla privacy 679/2016 e del D. lgs. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Pistoia,.....

Firme

.....

.....