CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA- Versione maggiorenni

***Ai sensi dell'art. 24 del* "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"**

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ _____ esprime il proprio consenso a fruire delle prestazioni professionali all'interno del servizio di Sportello di ascolto psicologico del Liceo Ginnasio "Mariano Buratti", per l'a.s. 2025/26, della psicologa Dott.ssa Sguario Anna.

Luogo e data _____ Firma _____

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA- Versione minorenni

***Ai sensi dell'art. 24 del* "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"**

MINORENNI

Il sottoscritto sig._____

nato a _____ il _____/_____/_____ e

residente a _____

in via/piazza _____

La sottoscritta sig. ra _____

nata a _____ il _____/_____/_____ e

residente a _____

in via/piazza _____

genitori del minore _____

nato/a a _____ il _____/_____/_____

e residente a _____

in via/piazza _____

email di riferimento (indirizzo istituzionale della scuola) _____

esprimono il loro consenso a fare fruire il/la proprio/a figlia/o delle prestazioni professionali all'interno del servizio di Sportello di ascolto psicologico del Liceo Ginnasio "Mariano Buratti", per l'a.s. 2025/26, della psicologa Dott.ssa Sguario Anna.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DEL PADRE leggibile FIRMA DELLA MADRE leggibile

_____ _____

Compilare solo le parti che interessano

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA – persone sotto tutela

***Ai sensi dell'art. 24 del* "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"**

PERSONE SOTTO TUTELA

MINORENNI

Il sottoscritto sig._____

nato a _____ il _____/_____/_____ e

residente a _____

in via/piazza _____

La sottoscritta sig. ra _____

nata a _____ il _____/_____/_____ e

residente a _____

in via/piazza _____

tutori del/lla minore _____

nato/a a _____ il _____/_____/_____

e residente a _____

in via/piazza _____

email di riferimento (indirizzo istituzionale della scuola) _____

esprimono il loro consenso a fare fruire alla persona sotto tutela delle prestazioni professionali all'interno del servizio di Sportello di ascolto psicologico del Liceo Ginnasio "Mariano Buratti", per l'a.s. 2025/26, della psicologa Dott.ssa Sguario Anna.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DEL TUTORE (leggibile) FIRMA DEL TUTORE (leggibile)

_____ _____

Compilare solo le parti che interessano