

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. 2026/27, 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. 2026/27, 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. 2026/27, della psicologa Dott.ssa Sguario Anna.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DEL TUTORE (leggibile)

FIRMA DEL TUTORE (leggibile)

Compilare solo le parti che interessano