**ALLEGATO 1**

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

L’Esperto, Psicologo, iscritto all’Ordine degli Psicologi della Calabria, individuato attraverso pubblica selezione, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la l’IISS ERODOTO DI THURII di Cassano allo Ionio, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese secondo le modalità e i tempi contenuti nell’avviso, di cui il presente è allegato.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo  [www.psicologicalabria.it](http://www.psicologicalabria.it) .

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente/il sig,/la sig. ………………………………………………… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dall’esperto presso lo Sportello di ascolto.

Estremi del documento di identità:

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra............................................................. madre/tutore legale del minorenne …………………………………………………….

Nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

Il Sig. ............................................................. padre/tutore legale del minorenne …………………………………………………….

Nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dall’esperto presso lo Sportello di ascolto.

Estremi del documento di identità dei dichiaranti:

Luogo e data Firma della madre/tutore legale

Firma del padre/tutore legale