

LICEO CLASSICO E LINGUISTICO “A.MANZONI” – LECCO

CONSENSO INFORMATO COUNSELING PSICOLOGICO PER I MINORI

Il sottoscritto sig. _____ nato a _____
il ___/___/_____ e residente in _____

La sottoscritta sig.ra _____ nata a _____
il ___/___/_____ e residente in _____

Genitori dell'alunno/a _____ della classe _____ ,

prima di ottenere prestazioni professionali da parte della psicologa consulente, dottoressa Elena Vergani – iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia al numero 4885, in favore del/la figlio/a minorenni dichiarano di essere stati informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico organizzato dalla scuola al fine di una valutazione e un eventuale intervento per migliorare il benessere psicologico;
- la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Informati di tutto ciò,

acconsentiamo

non acconsentiamo

a che nostro/a figlio/a possa fruire della prestazione della dottoressa Vergani.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE
