

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "FERMI"

Via Morri, 4- 47922 Rimini tel. 0541/733793 – 0541/734985 0541/22538 fax 0541 734985

C.F. 91143280401 Cod.mecc. RNIC818003

Email: RNIC81003@istruzione.it

La psicologa intestataria dello sportello d'ascolto e degli interventi presso questo istituto comprensivo, Dott.ssa Annamaria Albani, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 2172 a ,
psic_annamaria.albani@fermirimini.istruzione.it , prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto istituito fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza per gli studenti presso gli spazi della scuola in orario mattutino e nello specifico il lunedì dalle ore 8 alle ore 12
- Per i genitori, gli insegnanti e il personale non docente gli incontri avverranno in presenza oppure online il primo giovedì del mese dalle ore 14.30 alle 16.30
- Le attività dello sportello di ascolto saranno organizzate come di seguito: VEDI VOLANTINO
- 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.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo e a riconsegnarlo compilato al Docente coordinatore di classe.

La professionista dott.ssa Annamaria Albani

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____

nata a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Annamaria Albani presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Annamaria Albani presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/_____
Tutore del minore _____ in ragione di _____
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Annamaria Albani presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____