*Autorizzazione per la consulenza sportello psicologico*

*Da inviare a:* claudia.chiesa@icdueville.it

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ dell’IC Roncalli di Dueville

chiedo un incontro di consulenza psicopedagogica.

Il rapporto di consulenza è confidenziale e si inserisce nelle regolamentazioni del codice deontologico dell’Ordine degli Psicologi

Il Sottoscritto dichiara di aver letto [l’informativa per il trattamento dei dati personali](https://icdueville.edu.it/sito-download-file/1333/all) e di prestare il consenso al trattamento

Nel caso di consulenza online sono consapevole di quanto ne consegue in riferimento alla gestione della privacy e in riferimento all’uso improprio del dispositivo tecnologico.

Da parte del professionista non verranno registrati dati sensibili con modalità cartacee né con modalità tecnologiche digitali, il medesimo impegno di non registrazione è obbligatorio anche per l’utente. Durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del professionista e dell’utente.

Letto e accettato

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*Compilare con il nome e la data e Rispedire la mail per l’appuntamento rappresenta l’accettazione da parte dell’utente