CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA - MINORI

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti (cognome e nome del padre) .....

(cognome e nome della madre).....genitori del minore (o in caso di disabilità, tutore legale) di (nome e cognome dell'utente beneficiario del servizio).....

Autorizzano il proprio figlio\a ad essere sottoposto ad un colloquio ai fini di selezione ed orientamento per le necessarie successive fasi del progetto.

- ❑ Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la sunnominato/a, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui gli incontri di consulenza psicologica con le psicologhe dell'equipe multidisciplinare.

Luogo e data

_____

In fede

Firma del padre

_____

Firma della madre

_____

Firma del Tutore

_____