**Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni**

Io sottoscritto (padre) nato a il C.F. residente in Via Documento n° e io sottoscritta (madre) nata a il C.F. residente in Via Documento n° Padre e madre del/la minore nato/a a Il C.F.

siamo stati informati sui seguenti punti:

* Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
* Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
* Lo sportello psicologico è rivolto agli alunni, ai genitori e al personale in servizio nell’Istituto Comprensivo “R. Cotugno” di Andria;
* Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione.

**Informati di tutto ciò,**

## noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Luogo e data Firma padre leggibile Firma madre leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_