



Comune
di Campoformido



Istituto Comprensivo
di Pozzuolo del Friuli



hattivalab
www.hattivalab.org

Da restituire compilato e firmato

**SPORTELLO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI CAMPOFORMIDO
E FAMIGLIE DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI CAMPOFORMIDO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI POZZUOLO DEL FRIULI**

MODULO PER L'ADESIONE DEI MINORI DA COMPILARE DA PARTE DI AMBO I GENITORI

I SOTTOSCRITTI

DATI DEL PADRE O TUTORE	
COGNOME	NOME
NATO A	IL
INDIRIZZO	CITTA' PROV
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL
DATI DELLA MADRE O TUTRICE	
COGNOME	NOME
NATO A	IL
INDIRIZZO	CITTA' PROV
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL

GENITORI DEL MINORE

COGNOME	NOME
NATO/A	IL
INDIRIZZO	CITTA' _____ PROV
SCUOLA	ISCRITTO ALLA CLASSE _____ SEZ. ____

CHIEDONO

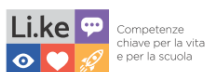
l'adesione per il/la proprio figlio/a all'attività di consulenza dello Sportello di Ascolto rivolto ad alunni, famiglie ed insegnanti degli Istituti scolastici del Comune di Campoformido

AUTORIZZANO

il/la proprio figlio/a ad avalersi, per l'a.s. in corso, della consulenza psicologica prevista dallo Sportello medesimo (che potrebbe svilupparsi anche in più colloqui) condotta dalla dott.ssa Lisiana Ardizzone della ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus, affidataria del servizio da parte del Comune di Campoformido;

Firma del padre o del tutore

Firma della madre



Progetto realizzato con il contributo della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e dell'UTI Friuli Centrale. In partenariato con i Comuni di Udine, Pradamano, Pozzuolo del Friuli e Tavagnacco, gli Istituti comprensivi udinesi, l'Educatando statale "Uccellis" e l'ASUIUD Coordinato dal Comune di Udine Servizio Servizi Educativi e Sportivi.



Comune
di Campoformido



Istituto Comprensivo
di Pozzuolo del Friuli



www.hattivalab.org

DICHIARANO

Di aver ricevuto completa informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e ss. mm. li. e del Regolamento UE 2016/679

PRESTANO

il loro libero consenso al trattamento dei dati personali propri e del figlio/a/ necessari allo svolgimento delle attività dello Sportello di cui beneficia il/la proprio/a figlio/a, anche con riguardo ai dati sensibili nei limiti e per le finalità del servizio stesso, come precisato nell' informativa, consapevoli che, nel caso in cui non venga fornito tale consenso non sarà possibile istruire la domanda ed accedere al servizio.

Firma del padre o del tutore

Firma della madre

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

la dott.ssa Lisiana Ardizzone della ditta Hattiva Lab, affidataria del servizio da parte del Comune di Campoformido, ad effettuare colloqui con gli insegnanti della scuola frequentata dal minore, qualora si renda necessario.

Firma del padre o del tutore

Firma della madre o della tutrice

Luogo e data _____



Competenze
chiave per la vita
e per la scuola

Progetto realizzato con il contributo della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e dell'UTI Friuli Centrale.
In partenariato con i Comuni di Udine, Pradamano, Pozzuolo del Friuli e Tavagnacco, gli Istituti comprensivi udinesi, l'Educatando statale "Uccellis" e l'ASUIUD Coordinato dal Comune di Udine Servizio Servizi Educativi e Sportivi.



Comune
di Campoformido



Istituto Comprensivo
di Pozzuolo del Friuli



www.hattivalab.org

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

DATI DEL PADRE O TUTORE	
COGNOME	NOME
DATI DELLA MADRE (da non compilare in caso di tutore)	
COGNOME	NOME
GENITORI/TUTORE DEL MINORE	
COGNOME	NOME

I SOTTOSCRITTI DICHIARANO

1. di essere stati/o informati/o sui seguenti /punti:
2. la prestazione riguarda un'attività di consulenza psicologica prevista dallo Sportello di Ascolto rivolto ad alunni, famiglie e insegnanti, condotto dalla dott.ssa Lisiana Ardizzone della ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus, affidataria del servizio da parte del Comune di Campoformido;
3. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
4. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato il seguente strumento: colloquio psicologico clinico;
5. in qualsiasi momento è possibile concludere l'intervento comunicando alla professionista la volontà di interruzione;
6. la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
7. la psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
8. la psicologa, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare alla persona assistita l'intervento di un altro specialista, per quanto di competenza;
9. la professionista dott.ssa Lisiana Ardizzone è assicurata con Polizza RC professionale n. 500216023 sottoscritta con Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani (Roma) ed è iscritta all'Albo degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia al n. 1538 dal 20/09/2012;
10. la ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus è assicurata con Polizza RC n. 2012/03/2152533 sottoscritta con SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI Agenzia di Trieste-centro.

DICHIARANO altresì

Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, di aver letto con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo;

Di aver compreso quanto spiegato dal/la professionista e quanto sopra riportato.

INFORMATI DI TUTTO CIÒ

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra,

ACCONSENTONO

che avvenga nei confronti del proprio figlio/a la consulenza psicologica (che potrebbe svilupparsi anche in più colloqui) condotta dalla dott.ssa Lisiana Ardizzone della ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus.

Firma del padre o del tutore

Firma della madre o della tutrice

Luogo e data _____

