

## Consenso informato counseling psicologico Progetto "Uno spazio tutto per me"

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

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ prima di ottenere la prestazione  
professionale di consulenza psicologica da parte del/la dottore/ssa. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e di un orientamento per un eventuale intervento psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- il colloquio si svolgerà all'interno degli spazi forniti dalla scuola nell'ambito del progetto "Star bene a scuola";
- il colloquio è gratuito e ha una durata di 40 minuti.
- i dati da me forniti, ivi compresi i dati sensibili, sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- il titolare del trattamento è il Dottore/ssa \_\_\_\_\_

Luogo data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_