

LIBERATORIA PER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI COUNSELING PSICOLOGICO
A.S.2017/2018

I sottoscritti:

PADRE _____

MADRE _____

In qualità di genitori/esercenti la patria potestà
del/della minore

..... regolarmente
iscritto/a alla Classe.....Sez.....

Autorizzano

Non autorizzano

l'alunno/a in questione, nel caso ne faccia richiesta, ad usufruire del Servizio di Counseling offerto dall'Istituto *.

Ferma restando la riservatezza del colloquio secondo la quale "lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale" (art.11), autorizziamo l'Istituto "L.Rota" a contattarci in relazione a fatti e/o notizie che venissero riferite durante l'erogazione del servizio nel caso emergessero "gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica e/o di terzi" (art.13) così come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art.28, comma 6 lettera c) della Legge n.56/89, in data 15-16 dicembre 2006 e recepito dal Consiglio dell'Ordine della Lombardia in data 18 gennaio 2007, modificato negli artt.23 e 40 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine in data 8 luglio 2009 a seguito di recepimento delle indicazioni del Garante, e modificato in data 5 luglio 2013.

Calolziocorte, _____

Firme

Padre _____

Madre _____

* I genitori che desiderano usufruire del Servizio Counseling possono prendere appuntamento inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica

segreteria.alunni@isscalolziocorte.it;

la psicologa provvederà a contattarli direttamente per fissare la data e l'ora