FOLIAS
COOPERATIVA SOCIALE

ISO 9001
N. Reg. 376651 QM 15

MODULO PER IL CONSENSO E AUTORIZZAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER MINORI
PROGETTO_____

I sottoscritti _____ e _____

genitori/tutori del/la minore _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____ dichiarano di aver preso conoscenza del progetto _____

gestito dalla Cooperativa Sociale Folias, nella persona della dott.ssa/re _____

e della finalità che tale progetto intende perseguire, pubblicato sul sito della cooperativa www.folias.it .

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad accedere autonomamente, qualora ne sentisse la necessità, a questo servizio;

□ SÌ □ NO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il/la sottoscritta _____ nato/a _____il ____ / ____ / _____

Il/la sottoscritta _____ nato/a _____il ____ / ____ / _____

SI SPECIFICA CHE:

- La prestazione offerta è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e della maturazione personali, al sostegno emotivo, affettivo e all'orientamento. Essa costituisce un momento qualificante per lo sviluppo di una relazione di ascolto e supporto, avvalendosi del colloquio personale come strumento di conoscenza principale.
- I genitori o chi ne fa le veci sono consapevoli dei doveri, secondo le previsioni di legge, a cui è tenuto il personale del progetto rispetto alle dichiarazioni che i minori.
- Il presente consenso può essere revocato in qualsiasi momento con comunicazione scritta inviata all'indirizzo e-mail del progetto.
- Il modulo firmato non obbliga in alcun modo ad usufruire dello sportello
- Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11); lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

Data e luogo

Firme dei genitori o di chi ne fa le veci

Firma _____

Firma _____

COOPERATIVA SOCIALE FOLIAS
Via Salaria, 108 scala b – 00015 Monterotondo (Roma) P. I. 05060091005 Tel. +39 06 90085620 Fax +39 06 90085619
email: info@folias.it – sito web: www.folias.it
Iscritta al Registro delle Imprese di Roma n. 54087/96 Iscritta all'Albo delle Società Cooperative n. A134968