

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI PREVENZIONE NELL'AMBITO DEL PROGETTO: NO FUMO.. NO DIPENDENZE - SER.D NICOSIA - ASP ENNA**

La sottoscritta dott.ssa Jessica Sara Lo Vetri, psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 8973, cell. 345/5935303 – e-mail [lovetrijessica@yahoo.it](mailto:lovetrijessica@yahoo.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative al progetto "NO FUMO... NO DIPENDENZE" promosso dall'ASP di Enna, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso tutti i plessi dell'Istituto Omnicomprensivo Don Bosco E. Majorana.

Il progetto prevede attività di prevenzione da svolgersi in assetto gruppale, rivolto ai giovani studenti appartenenti alle classi I e alle classi II dei plessi di Troina, Cerami, Gagliano dell'Istituto Omnicomprensivo Don Bosco E. Majorana.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al professionista, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**Il Professionista (firma).....**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Lo Vetri Jessica Sara presso dell'Istituto dell'Istituto Omicomprendivo Don Bosco E. Majorana.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Jessica Sara Lo Vetri presso dell'Istituto dell'Istituto Omicomprendivo Don Bosco E. Majorana.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Jessica Sara Lo Vetri presso dell'Istituto dell'Istituto Omicomprendivo Don Bosco E. Majorana.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) .....

residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Jessica Sara Lo Vetri presso dell'Istituto dell'Istituto Omnicomprensivo Don Bosco E. Majorana.

Luogo e data

Firma del tutore