

CONSENSO INFORMATO “SPORTELLO LILLA” – MINORI

PER LA SENSIBILIZZAZIONE E LA PREVENZIONE DEI DISTURBI

DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I sottoscritti (cognome e nome del padre)

e (cognome e nome della madre)

genitori del minore/i (cognome e nome del figlio/a)

sono informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica e/o nutrizionale finalizzata alla sensibilizzazione e prevenzione dei Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo Da Alimentazione Incontrollata)
- che lo strumento di intervento è rappresentato dal colloquio individuale
- che la Psicologa e la Biologa Nutrizionista sono vincolate al rispetto dei rispettivi Codici Deontologici Professionali e sono strettamente tenute al segreto professionale
- che la Psicologa e la Biologa Nutrizionista possono derogare dal segreto professionale, qualora vengano a conoscenza di fatti o situazioni che debbano essere comunicati ai genitori/tutori
- che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la sunnominato/a minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui:

- il percorso di consulenza psicologica e/o nutrizionale, per lo SPORTELLO LILLA

con la Dr.ssa VALENTINA NARDUCCI, psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Toscana, n. di iscrizione 9365

con la Dr.ssa SARA SCARDOVI, psicologa e psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Toscana, n. di iscrizione 6632

Con la Dr.ssa BEATRICE BROGI, psicologa e psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Toscana n. di iscrizione n.6416

Con la Dr.ssa ALESSANDRA VINCENTI, biologa nutrizionista, iscritta all’Ordine DEI BIOLOGI DELLA TOSCANA E DELL’UMBRIA, n. di iscrizione A0609

Firma del padre

Firma della madre

Firma del Tutore

Pistoia,