



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo "Dante"
Via Rusnati,1 – 21013 Gallarate (VA)
C.F. 91055810120– Cod. Meccanografico VAIC878006
Tel. 0331.792428 - Fax 0331.774924 - e-mail: vaic878006@istruzione.it

=====

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" che coinvolgerà i ragazzi della scuola secondaria di 1° grado si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari).
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al minore le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare a questo obbligo in base a quanto previsto dagli Artt.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____ Nato a _____
(_____) il _____ e residente a _____
(_____), in via/piazza _____
Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____ Nato a _____
(_____) il _____ e residente a _____
(_____), in via/piazza _____
Telefono _____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____ che frequenta la classe _____ sez _____

- AUTORIZZANO
- NON AUTORIZZANO (Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desidera. Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI DEL MINORE
Informativa ai sensi del GDPR 679/2016 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

data

firma del richiedente