

CONSENSO INFORMATO
SPORTELLLO PSICOLOGICO SCUOLA
Ai sensi dell' art. 24 del "Codice deontologico degli Psicologi" italiani"

I/IL/LA sottoscritto/a _____ e _____

(cognome e nome del genitore o esercente la potestà genitoriale e tutoriale)

(cognome e Nome del genitore)

residenti in via _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

☐ AUTORIZZA/AUTORIZZANO

☐ NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO

Il proprio/a figlio/a _____ nato/a il _____

(Cognome e Nome del figlio)

a _____ C.F. _____

a prendere parte al colloquio in presenza per supporto psicologico e spazio di ascolto con la Dott.ssa: Francesca Di Fabio

SONO INFORMATI:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica A SCUOLA;
- che la durata dei colloqui è fissata della durata di 10/15 minuti e la frequenza sarà concordata
- che la durata globale dell'intervento non è definibile o priori anche se verranno concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità;
- che Io psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11);
- che il resto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;
- che le prestazioni psicologiche e/o psicoterapeutiche verranno prestate dalla Dott.ssa Francesca Di Fabio presso la sede scolastica frequentata dall'alunno/a.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui i colloqui presso il Centro di Ascolto psicologico scolastico. Il colloquio verrà svolto in una stanza dell'istituto nel pieno rispetto della privacy.

Le prenotazioni avverranno con l'utilizzo di una scatola messa a disposizione, ove andranno inserite le richieste per potere effettuare i colloqui, in tal senso i genitori autorizzano la dottoressa Francesca Di Fabio e il referente dell'I.C. designato al trattamento dei dati personali del minore ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.) e de D.Lgs.196/2003 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, al fine di poter raccogliere la richiesta e avviare i colloqui.

Luogo _____

Data _____

IN FEDE

Firma del genitore o esercente la potestà
genitoriale e tutoriale

Firma del genitore o esercente
la potestà genitoriale e tutoriale

"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/RICHIESTA 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 e Luogo _____

Firma _____

NOTA SOTTOSCRIZIONE:

Se firmano entrambi i genitori compilare riga "Genitore e Genitore" altrimenti firma solo nella riga "Firma del Solo genitore".