

## SPORTELLO DI ASCOLTO E DI SUPPORTO PSICOLOGICO

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Decreto legislativo del 30/06/2003 n. 196 GDPR 679/2016

(da far compilare e firmare a coloro che detengono la responsabilità genitoriale del minore)

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

e/o la sottoscritta \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

informato/a sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

- la dottoressa Bonanomi Michela è iscritta all'Albo degli Psicologi della Lombardia, quindi è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e alla normativa sulla Privacy; in particolare è tenuta al Segreto Professionale;
- la prestazione offerta è da considerarsi ordinaria e si configura come attività di consulenza psicologica. È infatti esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "terapia": la funzione della Psicologia Scolastica e dello Sportello d'ascolto psicologico è quella di promuovere il benessere scolastico e prevenire tutti quegli atteggiamenti o situazioni che possono generare disagio;
- non sarà possibile avvalersi della consulenza di detta psicologa con servizio a pagamento fino al termine dell'incarico;
- le prestazioni saranno effettuate in presenza; potranno, su richiesta, essere effettuate anche da remoto attraverso contatti mail, piattaforma web in uso dall'istituto (google meet); si garantisce che il colloquio avverrà in luogo privato e riservato. Non è possibile effettuare registrazioni né diffusioni del colloquio/intervento o parte di esso.
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi; in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicandolo agli psicologi;
- il servizio di Psicologia scolastica è totalmente gratuito per l'utenza (alunni, genitori);

*nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore in premessa, avendo preso visione del Consenso Informato e dell'allegata Informativa sulla Privacy*

**Autorizzo/Autorizziamo**

**Non autorizzo /Non autorizziamo**

*nostro/a figlio/a ad accedere, qualora ne sentisse la necessità, allo Sportello di ascolto psicologico*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

(E' richiesta, se possibile, la firma congiunta di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori)

In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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 art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_