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 detengano 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. Il consenso espresso è valido per **l'intero ciclo scolastico**. E' comunque possibile modificarlo in qualsiasi momento presentando una nuova dichiarazione di variazione della scelta.*

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 _____