

ISTITUTO COMPRENSIVO “COCCHI-AOSTA” – TODI

Autorizzazione alla partecipazione allo Sportello di Ascolto Psicologico

I/Il sottoscritti/o _____ genitori/tutori dell'alunno/a _____, nato/a a _____ il _____, frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria di Primo Grado dell'Istituto Comprensivo “Cocchi-Aosta”,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo **Sportello di Ascolto Psicologico** attivato presso l'Istituto, condotto dalla **Dott.ssa Caterina Cutuli, Psicologa Psicoterapeuta**.

Dichiarano di essere informati che lo Sportello di Ascolto Psicologico costituisce uno spazio di ascolto, sostegno e orientamento, non configurandosi come percorso di psicoterapia strutturato. Gli incontri si svolgeranno nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy e del segreto professionale (art. 11 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

I genitori/tutori dichiarano inoltre di essere consapevoli che, qualora nel corso degli incontri emergessero situazioni di particolare complessità o rischio, la Psicologa potrà ritenere opportuno condividere tali informazioni con i genitori/tutori e con le figure scolastiche di riferimento, nel superiore interesse del minore.

Luogo e data	Firma del/i genitore/i o tutore/i
_____	_____

Dott.ssa Caterina Cutuli – Psicologa Psicoterapeuta
Iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Umbria n. 1007