

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO  
PSICOLOGICO – ISTITUTO R. LAPORTA –  
PROGETTOA.S. 2024/2025

I sottoscritti  
(Cognome/Nome del padre)

(Cognome/Nome della madre)

genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio)

frequentante la Scuola di ..... classe ..... Sez. ....

sono informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata al potenziamento del benessere psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio della durata di 30/45 minuti circa; il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione e distruzione degli stessi; il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11); lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

dati saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 per attività e azioni connesse al suddetto Progetto.

☒ Si autorizza ☐ Non si autorizza

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Dott.ssa Emanuela Castorri e la Dott.ssa Monia Ciafrino

Data

TRIC815008 - AAE175F - CIRCOLARI - 0000130 - 27/02/2025 - UNICO - U  
TRIC815008 - AAE175F - REGISTRO PROTOCOLLO - 0002357 - 27/02/2025 - IV.5 - U

Firma del padre      Firma della madre

Autocertificazione di genitore unico esercente potestà genitoriale

Io \_\_\_\_\_ sottoscritto padre/madre del minore dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero del provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione)

☒ Autorizzo ☐ Non autorizzo

mio figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Dott.ssa Emanuela Castorri e Dott.ssa Monia Ciafrino

Data

FIRMA

MODULO CONSENSO INFORMATO DA COMPILARE E RESTITUIRE  
ALLA SCUOLA

TRIC815008 - AAE175F - CIRCOLARI - 0000130 - 27/02/2025 - UNICO - U  
TRIC815008 - AAE175F - REGISTRO PROTOCOLLO - 0002357 - 27/02/2025 - IV.5 - U