



CONSENSO INFORMATO - ADESIONE AL SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA

I sottoscritti (cognome e nome del padre).....  
e (cognome e nome della madre) .....  
genitori del minore (cognome e nome del figlio).....

Sono informati:

a) che sarà attivato un progetto di Psicologia Scolastica per gli alunni della Scuola Secondaria di primo grado "Dante Alighieri" di Sossano, in collaborazione con il Dottore Luca Parisato, psicologo iscritto all'Albo e all'Ordine degli Psicologi della Regione Veneto.

Si informa altresì:

1. L'accesso al servizio è possibile previa autorizzazione del presente consenso, controfirmato da entrambi i genitori o chi ne esercita la potestà genitoriale;
2. Il consenso ha valore per le date del 16/09/2021, 30/09/2021, 14/10/2021 e 28/10/2021;
3. L'accesso al servizio è su prenotazione e possono accedere studenti della Scuola Secondaria di primo grado "Dante Alighieri" di Sossano;
- 4. Si precisa che tale colloquio non ha finalità psicodiagnostica. Lo scopo è quello di fornire una consulenza ed un accompagnamento in situazioni di difficoltà;**
5. L'incontro si svolgerà con modalità colloquio aperto (colloquio destrutturato) e non verranno effettuate valutazioni testali;
6. I colloqui saranno effettuati in modalità a distanza, di pomeriggio;
7. Si informa che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto e compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa accedere liberamente al servizio di psicologia scolastica tenuto dal Dott.re Luca Parisato

Lì, data

\_\_\_\_\_

In fede

Firma del padre

\_\_\_\_\_

Firma della madre

\_\_\_\_\_

b) Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/ tutoriale del sunnominato minore, avendo letto e compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo affinché il Dott.re Luca Parisato proceda al trattamento dei dati personali, solamente per la finalità di gestire i rapporti volti all'espletamento delle prestazioni e/o fornitura dei servizi che Vi sono stati proposti e per eventuali contatti.

Lì, data

\_\_\_\_\_

In fede

Firma del padre

\_\_\_\_\_

Firma della madre

\_\_\_\_\_



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

## "VAL LIONA"



Via San Giovanni Bosco, 4  
36040 SOSSANO (VI)  
Tel. 0444 888143  
viic89000e@istruzione.it  
[www.icsossano.edu.it](http://www.icsossano.edu.it)



Il/la sottoscritto/a, nel caso di impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Firma \_\_\_\_\_

)