

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO
SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO**

**PROGETTO “Io ti ascolto: sportello di ascolto per alunni, docenti e famiglie”
A.S. 2017/2018**

I sottoscritti (Cognome e Nome del padre).....
(Cognome e Nome della madre).....
genitori dell'alunno/a (Cognome e Nome del figlio)
frequentante la classe Sez..... dell’Istituto Comprensivo “Massari-
Galilei” 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 40/50 minuti circa;
- Il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione 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);
- I dati saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 per attività e azioni connesse al suddetto Progetto.

autorizzano **non autorizzano**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con gli Psicologi Dott. Gabriele Ferlisi e la Dott.ssa Manuela Francesca Settembre.

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 gli Psicologi Dott. Gabriele
Ferlisi e la Dott.ssa Manuela Francesca Settembre.

Firma

**Calendario Attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico a cura del Dott. Ferlisi
Gabriele e della Dr.ssa Manuela Francesca Settembre**

DATA ORARIO ATTIVITÀ
(da concordare)