

Modulo per il consenso informato allo Sportello di ascolto psicologico

(Genitori)

Il sottoscritto genitore/tutore 1 _____,
nat_ il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. ____
e-mail _____ tel. _____
e

il sottoscritto genitore/tutore 2 _____,
nat_ il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ Via _____ prov. ____
e-mail _____ tel. _____

dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il
_____ frequentante la classe _____ Sez. _____ Plesso

sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. l'Istituto offrirà, attraverso il servizio professionale di un esperto Psicologo, consulenze di tipo psicopedagogico e orientativo, non diagnostico o analitico, ovvero non avrà lo scopo di fornire diagnosi né funzione di cura;
2. il numero degli incontri con gli utenti che lo richiedono potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo richieste particolari);
3. l'Esperto Psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
4. l'Esperto Psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11);
5. l'Esperto Psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
6. Sono/è, inoltre, informati/a/o in relazione all'**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**, pubblicata sul sito web dell'Istituzione scolastica www.icolevanost.edu.it.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, con la sottoscrizione della presente dichiarano/
dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico, nell'ambito del Progetto **“Sportello d’ascolto, sostegno e orientamento”**;
- di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali;
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell’ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto;
- di esprimere il consenso a partecipare alle attività programmate all’interno del Progetto **“Sportello d’ascolto, sostegno e orientamento”**

FIRMA GENITORE/TUTORE 1 _____

FIRMA GENITORE/TUTORE 2 _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

- Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell’informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

FIRMA GENITORE/TUTORE 1 _____

FIRMA GENITORE/TUTORE 2 _____

N.B.

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all’indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condiviso da entrambi i genitori.

Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove per la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l’alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, il genitore che firma deve effettuare anche la seguente dichiarazione:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiara di aver effettuato la richiesta 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 _____