

## Consenso informato per l'accesso del minore allo sportello di ascolto

I sottoscritti (nome e cognome) \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

genitori (se altro specificare \_\_\_\_\_ )  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_ sezione \_\_\_\_\_

In virtù della potestà genitoriale e di un'adeguata informazione sui contenuti e finalità del Progetto  
"Sportello d'Ascolto" attivato nell'anno scolastico 2015-16

**autorizzano**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello di Ascolto, tenuto da ..... informati  
che:

- è una consulenza gratuita, finalizzata a costruire una opportunità per favorire delle riflessioni negli studenti;
  - costituisce un momento qualificante di promozione del benessere psicofisico degli studenti;
  - costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
  - si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
  - il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, 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 valuta ed eventualmente- se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
  - 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 in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

in fede,

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_