

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER IL
SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO**

Il sottoscritto _____ padre del/della
minore/a _____
Nato/a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____
tel/cell _____

La sottoscritta _____ madre del/della
minore/a _____
Nato/a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____
tel/cell _____

In qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale del/la minore

_____ nato/a _____ a _____ il _____ residente
in Via _____
CF _____

frequentante la classe _____
della Scuola _____

AUTORIZZANO

il proprio figlio/aa usufruire del Servizio di Ascolto Psicologico erogato dalla psicologa dott.ssa Zampella Maria Antonella, che si propone di offrire supporto psicologico e ascolto attivo allo/a studente/ssa e alla famiglia; favorire il benessere emotivo e relazionale; aiutare nella gestione dello stress scolastico e personale; prevenire situazioni di disagio psicologico.

L'attività si svolgerà durante l'orario scolastico secondo il calendario predefinito.

Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno il preliminare coinvolgimento dei genitori per definire la richiesta e per confronti ed approfondimenti.

I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE IL CONSENSO

si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nell'informativa

FORNISCE IL CONSENSO

Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori

.....

.....

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la responsabilità genitoriale /affidatari/ tutore)

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

dichiara

di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di genitori.

Firma.....