



**ISTITUTO TECNICO ECONOMICO “A. DE VITI DE MARCO”**

Viale Francesco Ferrari ,73. CAP: 73042 CASARANO (LE) Tel. 0833/504014

e-mail: Ist. letd140007@istruzione.it Posta certificata: letd140007@pec.istruzione.it CF. 90058490757 Codice Meccanografico: LETD140007 https://[www.itedevitedemarco.edu.it](http://www.itedevitedemarco.edu.it/)

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

**Oggetto- Progetto “Sportello d’Ascolto Psicologico”**

L’Istituto ha attivato uno Sportello d’Ascolto Psicologico il cui obiettivo è la promozione della salute e l’educazione al benessere all’interno del contesto scolastico. I tipi d’intervento proposti sono volti a promuovere il benessere a scuola*,* attraverso attività specifiche rivolte agli studenti, agli insegnanti e ai genitori. Per usufruire dello sportello d’ascolto psicologico, è necessario il consenso dei genitori, perciò̀ gli alunni dovranno portare a scuola il presente modello debitamente compilato e firmato.

|  |
| --- |
| **AUTOCERTIFICAZIONE DI ENTRAMBI I GENITORI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE** |

I sottoscritti (Cognome/Nome del padre)........................................................................................................................

(Cognome/Nome della madre).......................................................................……………………………………………………..……………

genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio) ..................................................................................………………………..

frequentante la classe ...... Sez...

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 30/45minuti circa;
* il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza;
* 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 può̀ 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 e l’art.13 lett. C del GDPR

Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018, per attività e azioni connesse al suddetto sportello.

|  |  |
| --- | --- |
| □ Autorizza | □Non autorizza |

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa-Psicoterapeuta Dott……………………..

Lì, …../.…./……

|  |  |
| --- | --- |
|  Firma del Padre  | Firma della Madre |

…………………………………………… …………………………………………………………………….

In caso di firma di un solo genitore quest’ultimo si assume la responsabilità che l’altro genitore è stato informato e autorizza/non autorizza all’attività.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **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 la Psicologa-Psicoterapeuta Dott.ssa **………………………………..**.

Lì, …../.…./……

Firma…………………………………………………………………..