

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

I sottoscritti (nome cognome) _____ e _____

genitori (se altro specificare _____)

dell'alunn* _____ frequentante la classe _____ sezione _____

In virtù della podestà genitoriale e di un'adeguata informazione sui contenuti e finalità del Progetto "Sportello d'Ascolto" attivato nell'anno scolastico 2023/2024 presso l' ISSS MAGAROTTO di Roma.

Autorizzano:

il/la proprio/a figl*ad usufruire dello Sportello di Ascolto, tenuto dalla dr.ssa Danese Rossella 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 /delle student*;
- 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 _____

Firma es. patria potestà _____

Data ____/____/____