

I.I.S.S. “Luigi Russo” – Monopoli (BA)

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

A.S. 20__/20__

I sottoscritti (Cognome/Nome del padre)(Cognome/Nome della madre).....genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio) frequentante la classe Sez.....della Scuola Secondaria di Secondo Grado

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 psicologico;
- ☐ il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione e 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 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 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 per attività e azioni connesse al progetto (Sportello Psicologico).

E AUTORIZZANO _____
NON AUTORIZZANO _____

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con lo **Psicologo Dott.Filippo Campobasso** iscritta all'Albo degli Psicologi della Regione Puglia n.2343

Monopoli, _____

Firma del padre

Firma della madre

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)

E AUTORIZZO NON ☐
AUTORIZZO ☐

mio figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con lo **Psicologo Dott. Filippo Campobasso** iscritto all'Albo degli Psicologi della Regione

Monopoli, _____

Firma

MODULO CONSENSO INFORMATO DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLA SCUOLA