

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PSICOLOGICA E INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ALUNNI MINORENNI)

I sottoscritti genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

1. Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Codice fiscale: _____

2. Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Codice fiscale: _____

DATI DELL'ALUNNO/A

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Classe: _____ Plesso: _____

1. INFORMAZIONI SUL SERVIZIO

Dichiariamo di aver letto le informazioni relative allo Sportello di Ascolto Psicologico dell'I.I.S. "Guglielmo Marconi" e di aver compreso che il servizio offre uno spazio di ascolto, accoglienza e orientamento, finalizzato al sostegno del benessere personale e scolastico. Gli incontri hanno natura di consulenza e supporto psicologico e non costituiscono, di per sé, attività di diagnosi, valutazione clinica o psicoterapia.

Dichiariamo di essere stati informati sulle modalità di svolgimento degli incontri, sulle finalità e sui limiti dell'intervento, nonché sui limiti del segreto professionale previsti dalla normativa vigente e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, inclusi gli eventuali obblighi di segnalazione o denuncia nei casi previsti dalla legge e le situazioni in cui sia necessario intervenire per prevenire gravi rischi per la persona o per terzi.

2. CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE PSICOLOGICA

Dopo aver ricevuto e compreso le informazioni sopra riportate, ACCONSENTIAMO all'accesso di nostro/a figlio/a allo Sportello di Ascolto Psicologico. Siamo consapevoli che la psicologa terrà conto, in relazione all'età e al grado di maturità, della volontà, della dignità e della riservatezza del minore, nel rispetto della normativa e delle regole professionali applicabili.

Il consenso riguarda la prestazione psicologica descritta e non comporta l'autorizzazione a interventi diversi o ulteriori rispetto alle finalità del servizio. Eventuali necessità ulteriori saranno valutate e comunicate secondo le regole applicabili.

3. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiariamo di aver ricevuto e letto l' informativa sul trattamento dei dati personali relativa allo Sportello di Ascolto Psicologico, che deve indicare, tra l' altro, il titolare o i titolari del trattamento, le finalità e le basi giuridiche, le categorie di dati trattati, gli eventuali destinatari, i tempi di conservazione e le modalità di esercizio dei diritti dell' interessato.

Prendiamo atto che i dati relativi alla salute e le informazioni emerse durante gli incontri sono soggetti a specifiche tutele e che l' accesso è limitato ai soggetti autorizzati, secondo i ruoli e le responsabilità indicati nell' informativa. Il presente consenso alla prestazione psicologica è distinto dall' eventuale consenso al trattamento dei dati personali, ove quest' ultimo sia richiesto quale base giuridica ai sensi della normativa applicabile.

4. DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

I sottoscritti dichiarano di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore sopra indicato e che le informazioni rese sono veritiere. La raccolta delle firme e l' eventuale necessità del consenso di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale devono essere gestite in conformità alla situazione familiare concreta e alla normativa applicabile.

Luogo e data: _____

FIRMA DEI GENITORI

