AI Dirigente Scolastico

Scuola Secondaria di II grado

 “F. D’AGUIRRE SALEMI - D. ALIGHIERI PARTANNA”

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico**

..l.... sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

..l.. sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori/tutori/affidatari/ dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’I.I.S.S. “F. D’AGUIRRE Salemi - D. ALIGHIERI Partanna”

AUTORIZZANO

 il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partecipare, nell’anno scolastico 2024/25, allo sportello d’ascolto psicologico con la Dott.ssa nominata da codesta istituzione scolastica secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

I\_\_\_ sottoscritto/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole/i delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non rispondenti a verità,

DICHIARANO

ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriali di cui agli articoli 316-337 ter-337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

 AUTORIZZANO

l’Istituto al trattamento dei dati personali forniti ai sensi dell’art. 13, comma 1 del D L.vo 30-06- 2003 n. 196, essendo stato/i informato/i circa le modalità e le finalità a cui sono destinati.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento dei genitori.

| **Compilazione a cura dei responsabili di plesso:****Giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ora dell’incontro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- |

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Lo Psicologo, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Sicilia prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Secondaria Secondo Grado “F’ D’AGUIRRE - D. ALIGHIERI” fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso le sedi dell’Istituzione scolastica.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

 I dati personali e sensibili degli studenti che si rivolgeranno allo Sportello di Ascolto, 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. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.