

Modulo di autorizzazione per l'accesso allo Sportello Psicologico

(da consegnare alla segreteria della scuola)

L'accesso dello studente allo Sportello Psicologico è vincolato alla consegna del modulo di consenso informato, debitamente compilato e firmato dai genitori.

I sottoscritti (Nome e Cognome) _____

e (Nome e Cognome) _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____

Da compilare in caso di presenza di un solo genitore:

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore, esercitante la patria potestà, è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore

Firma leggibile del dichiarante _____

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
- la prestazione offerta riguarda **ascolto e supporto psicologico**;
- la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione e/o sostegno in ambito psicologico;
- per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologici e eventuali interventi in classe;
- i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (D. Lgs. 30.6.2003, n.196). Tuttavia, qualora dovessero emergere tematiche per le quali è necessario il coinvolgimento degli adulti di riferimento o problematiche più serie su cui bisogna intervenire con l'aiuto di professionisti esterni, lo psicologo fornirà le opportune indicazioni alla scuola e alla famiglia, in accordo con lo studente, salvaguardando sempre l'interesse della salute del minore;
- la Dott.ssa Alessia Rodigari è assicurata con Polizza RC professionale

I sottoscritti, letto e compreso quanto sopra indicato,

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

per avvalersi, del servizio di ascolto psicologico condotto dalla Dott.ssa Alessia Rodigari.

Luogo, data _____

Firma _____

Firma _____