**Modulo di consenso informato**

**SPORTELLO D’ASCOLTO**

La normativa della legge sulla privacy, per la tutela del minore, informa che:

1. La prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata al benessere psicologico;
2. Gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, il potenziamento del benessere psicologico;
3. Ogni alunno potrà accedere allo sportello in forma riservatissima: né docenti né genitori saranno informati sulle richieste d’accesso e sui contenuti del colloquio. Solo nel caso in cui gli alunni richiedessero espressamente alla psicologa d’informare i genitori e/o i docenti sui contenuti del colloquio, questi saranno contattati in forma privata.
4. La psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) e gli obblighi di legge previsti (Art.13).

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"). I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all'attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico e per adempiere agli obblighi derivanti dall'incarico.

Per consentire quindi agli studenti di accedere allo sportello suddetto, si invitano i Sigg. genitori a compilare e firmare la liberatoria allegata alla presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE SPORTELLO D’ASCOLTO (da restituire entro la prima data dall’attivazione dello sportello)

I sottoscritti:

Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a presso l’Istituto Comprensivo “Torraca Bonaventura” di Potenza, classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

ACCONSENTONO

NON ACCONSENTONO

Che nostro/a figlio/a possa accedere allo “Sportello d’ascolto” operante presso i locali della Scuola.

N.B la scelta operata ha valore sino al termine del progetto.

FIRMA MADRE FIRMA PADRE