

## I.I.S.S. "Don Tonino Bello"

Istruzione tecnica

Trasporti e logistica: *Conduzione del mezzo Navale*  
*Conduzione di Apparat e Impianti Marittimi*  
*Conduzione del mezzo Aereo*

**Liceo Artistico "Nino Della Notte"**

Istruzione Professionale

Liceo Artistico

*Architettura e Ambiente*  
*Arti Figurative*

Tricase: via Apulia snc – Alessano: via 2 Novembre – Poggiardo: via Principe di

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

#### Oggetto- Progetto "Sportello d'Ascolto Psicologico"

L'Istituto ha attivato uno Sportello d'Ascolto Psicologico il cui obiettivo è la promozione della salute e l'educazione al benessere all'interno del contesto scolastico. I tipi d'intervento proposti sono volti a promuovere il benessere a scuola, attraverso attività specifiche rivolte agli studenti, agli insegnanti e ai genitori. Per usufruire dello sportello d'ascolto psicologico, è necessario il consenso dei genitori, perciò gli alunni dovranno portare a scuola il presente modello debitamente compilato e firmato.

#### AUTOCERTIFICAZIONE DI ENTRAMBI I GENITORI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE

I sottoscritti (Cognome/Nome del padre).....

(Cognome/Nome della madre).....

genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio) .....

frequentante la classe ..... Sez...

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 della durata di 30/45 minuti circa;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza;
- 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 e l'art.13 lett. C del GDPR Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018, per attività e azioni connesse al suddetto sportello.

☐ Autorizza

☐ Non autorizza

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa-Psicoterapeuta Dott.....

Lì, ...../...../.....

Firma del Padre

Firma della Madre

In caso di firma di un solo genitore quest'ultimo si assume la responsabilità che l'altro genitore è stato informato e autorizza/non autorizza all'attività.

#### 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) .....

☐ Autorizzo

☐ Non autorizzo

il mio figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa-Psicoterapeuta Dott.ssa .....

Lì, ...../...../.....

Firma.....