

MODULO CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE

"Sportello di ascolto psicologico" – alunni SCUOLA SECONDARIA

MODULO CON SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI I GENITORI

Io sottoscritto (**PADRE**) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

e io sottoscritta (**MADRE**) _____

nata a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

padre e madre del/della minore _____ nato/a a _____
il _____ frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria di I grado

DICHIARIAMO

di aver preso conoscenza dell'attivazione dello **Sportello di ascolto psicologico** – progetto "**Psicologo a Scuola. La Scuola ti ascolta e ti aiuta a crescere insieme agli altri**" mediante lettura della Circolare scolastica pubblicata sul Registro Elettronico e sul sito dell'Istituzione Scolastica e nello specifico di essere a conoscenza che:

- La prestazione è un Servizio di **Sportello d'ascolto psicologico** effettuato dalla psicologa d'Istituto.
- La prestazione in **favore dei minori** è subordinata alla consegna alla **SEGRETERIA DIDATTICA del MODULO CONSENSO/AUTORIZZAZIONE**.
- Sul sito dell'Istituzione Scolastica nella sezione Le carte della Scuola - PRIVACY è presente l'informativa sul trattamento dei dati personali della quale si è proceduto alla lettura;
- La finalità dello sportello d'ascolto è quella di perseguire il benessere degli studenti e che il servizio è espletato in presenza.
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "**diagnosi**" o "**terapia**".
- La prestazione prevede incontri di osservazione nelle classi di **natura collettiva** per gli studenti della **Scuola Secondaria di I grado** e della **Scuola Primaria sulla base di problematicità riscontrate dai docenti delle classi ed alla presenza degli stessi**.
- In qualsiasi momento si potrà revocare il consenso e l'autorizzazione ad usufruire del servizio mediante le modalità indicate nella circolare scolastica.
- La psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it).
- La psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR 679/2016.
- Lo **SPORTELLLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE** è rivolto **agli studenti della Scuola Secondaria**, ai **genitori degli alunni iscritti all'Istituto Comprensivo di Ugento** ed al **Personale Scolastico**.
- Le prestazioni concordate **non comportano costi e non verrà richiesto alcun corrispettivo economico**.

INFORMATI DI TUTTO CIO' DI CUI SOPRA

noi sottoscritti, in qualità di esercenti la **responsabilità genitoriale** del sopra nominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra: (*barrare le voci che si autorizzano o non autorizzano*)

- ACCONSENTIAMO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **AUTORIZZANDO** quindi la Psicologa individuata dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- AUTORIZZIAMO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;
- NON AUTORIZZIAMO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;

Luogo e data _____

Firma padre (leggibile) _____

Firma madre (leggibile) _____

Si allegano le fotocopie dei documenti d'identità di ENTRAMBI i genitori esercenti la responsabilità genitoriale.

MODULO CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE
"Sportello di ascolto psicologico" – alunni SCUOLA SECONDARIA

MODULO CON SOTTOSCRIZIONE DI UN SOLO GENITORE

(causa LONTANANZA od IMPEDIMENTO dell'altro genitore)

Il/La sottoscritto/a Sig./ Sig.ra.....
Nato/a ail.....
C.F.residente in.....
Via..... Documento n°.....
PADRE/MADRE del/della minore..... nato/a a
il.....frequentante la classedella Scuola Secondaria di I grado

DICHIARO

di aver preso conoscenza dell'attivazione dello **Sportello di ascolto psicologico** – progetto "**Psicologo a Scuola. La Scuola ti ascolta e ti aiuta a crescere insieme agli altri**" mediante lettura della **Circolare scolastica pubblicata sul Registro Elettronico e sul sito dell'Istituzione Scolastica** e nello specifico di essere a conoscenza che:

- la prestazione è un Servizio di **Sportello d'ascolto psicologico** effettuato dalla psicologa d'Istituto.
- La prestazione in **favore dei minori** è subordinata alla consegna al Coordinatore di Classe del MODULO CONSENSO/AUTORIZZAZIONE.
- Sul sito dell'Istituzione Scolastica nella sezione GDPR è presente l'informativa sul trattamento dei dati personali della quale si è proceduto alla lettura;
- La finalità dello sportello d'ascolto è quella di perseguire il benessere degli studenti e che il servizio è espletato in presenza.
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "**diagnosi**" o "**terapia**".
- La prestazione prevede incontri di osservazione nelle classi di **natura collettiva** per gli studenti della **Scuola Secondaria di I grado** e della **Scuola Primaria sulla base di problematiche riscontrate dai docenti delle classi ed alla presenza degli stessi**;
- In qualsiasi momento si potrà revocare il consenso e l'autorizzazione ad usufruire del servizio mediante le modalità indicate nella circolare scolastica.
- La psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it)
- La psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR 679/2016.
- Lo **SPORTELLINO D'ASCOLTO INDIVIDUALE** è rivolto **agli studenti della Scuola Secondaria**, ai **genitori degli alunni iscritti all'Istituto Comprensivo di Ugento** ed al **Personale Scolastico**.
- Le prestazioni concordate **non comportano costi e non verrà richiesto alcun corrispettivo economico.**

INFORMATO/A DI TUTTO CIO' DI CUI SOPRA.

io sottoscritto/a, in qualità di esercente la **responsabilità genitoriale** del sopra nominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra: (*barrare le voci che si autorizzano o non autorizzano*)

- ACCONSENTO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;
- NON AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;

Dichiaro, inoltre, che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del C.C. in termini di responsabilità genitoriale, l'altro genitore (*riportare cognome e nome*) **NON PUÒ FIRMARE IL CONSENSO PERCHÉ IMPOSSIBILITATO PER il seguente motivo** (*barrare la casella interessata*):

- Lontananza** (intesa come ***distanza fisica*** che impedisce al genitore di adempiere ai doveri derivanti dal suo status)
- Impedimento** (inteso come ***ogni evento*** che comporti (*pur temporaneamente*) l'impossibilità di esercizio della responsabilità genitoriale)

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che l'altro genitore non firmatario **è a conoscenza della presentazione del Consenso Informato** per l'eventuale partecipazione del proprio /a figlio/a allo Sportello di Ascolto Psicologico aperto presso la Scuola, **condivide le finalità del servizio** ed **è concorde con il sottoscritto genitore firmatario in merito all'autorizzazione** rilasciata affinché il proprio figlio/a possa usufruire del servizio di Sportello d'ascolto psicologico secondo le modalità organizzative diramate nella circolare scolastica.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000.

Luogo e data _____ Firma leggibile del padre/madre

Si allegano le fotocopie dei documenti d'identità di ENTRAMBI i genitori esercenti la responsabilità genitoriale.

MODULO CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE

"Sportello di ascolto psicologico" – alunni SCUOLA SECONDARIA

MODULO CON SOTTOSCRIZIONE DEL TUTORE LEGALE

Il/La sottoscritto/a Sig./ Sig.ra.....
Nato/a ail.....
C.F.residente in.....
Via.....Documento n°.....
Tutore legale del/della minore..... nato/a a
il.....frequentante la classedella Scuola Secondaria di I grado

DICHIARO

di aver preso conoscenza dell'attivazione dello **Sportello di ascolto psicologico** – progetto "**Psicologo a Scuola. La Scuola ti ascolta e ti aiuta a crescere insieme agli altri**" mediante lettura della **Circolare scolastica pubblicata sul Registro Elettronico e sul sito dell'Istituzione Scolastica** e nello specifico di essere a conoscenza che:

- La prestazione è un Servizio di **Sportello d'ascolto psicologico** effettuato dallo psicologo d'Istituto;
- La prestazione in **favore dei minori** è subordinata alla consegna al Coordinatore di Classe del MODULO CONSENSO/AUTORIZZAZIONE.
- Sul sito dell'Istituzione Scolastica nella sezione GDPR è presente l'informativa sul trattamento dei dati personali della quale si è proceduto alla lettura;
- La finalità dello sportello d'ascolto è quella di perseguire il benessere degli studenti e che il servizio è espletato in presenza.
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "**diagnosi**" o "**terapia**".
- La prestazione prevede incontri di osservazione nelle classi di **natura collettiva** per gli studenti della **Scuola Secondaria di I grado** e della **Scuola Primaria sulla base di problematiche riscontrate dai docenti delle classi ed alla presenza degli stessi**;
- In qualsiasi momento si potrà revocare il consenso e l'autorizzazione ad usufruire del servizio mediante le modalità indicate nella circolare scolastica.
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it)
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR 679/2016.
- Lo **SPORTELLLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE** è rivolto **agli studenti della Scuola Secondaria**, ai **genitori degli alunni iscritti all'Istituto Comprensivo "M. Montessori" di Cardano al Campo** ed al **Personale Scolastico**.
- Le prestazioni concordate non comportano costi e non verrà richiesto alcun corrispettivo economico.

INFORMATO/A DI TUTTO CIO' DI CUI SOPRA.

io sottoscritto/a, tutore legale del sopra nominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra: (*barrare le voci che si autorizzano o non autorizzano*)

- ACCONSENTO** che venga effettuato il servizio di **sportello d'ascolto psicologico** nei confronti di nostro figlio/a, **qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta** mediante le modalità pubblicate nella circolare scolastica, **AUTORIZZANDO** quindi lo Psicologo individuato dall'Istituto a conferire con lo/la stessa nelle modalità indicate nella medesima circolare;
- AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;
- NON AUTORIZZO** lo scambio di informazioni con Dirigente e/o docenti e/o specialisti interni alla scuola;

Luogo e data _____

Firma leggibile del tutore _____

Si allega la fotocopia del documento d'identità del tutore dichiarante.