

Consenso informato per l'accesso del minore allo sportello di ascolto

I sottoscritti (nome e cognome) _____ e _____
genitori (se altro specificare _____)
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sezione _____

In virtù della podestà genitoriale e di un'adeguata informazione sui contenuti e finalità del Progetto "Sportello Spazio Ascolto" attivato nell'anno scolastico 2015/2016 presso il I.I.S. "LEARDI" di Casale Monf.to

autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello di Ascolto, tenuto dalla dott.ssa Enrica Ferrari, informati che:

- è una consulenza gratuita, finalizzata a costruire una opportunità per favorire delle riflessioni negli studenti;
- costituisce un momento qualificante di promozione del benessere psicofisico degli studenti;
- costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11).

In fede.

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma es. patria potestà _____

Data ____/____/____