**MODULO CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITA’ DI ASCOLTO PSICOLOGICO A MINORENNI**

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori del/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail di un genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di aver preso conoscenza del Progetto di Psicologia scolastica gestito dal Dottor Mattia Cavoli, psicologo iscritto all’Albo degli Psicologi della Lombardia n° 25500, e della finalità che questo progetto intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti. I colloqui psicologici saranno resi in presenza presso l’Istituto e in modalità telematica tramite la piattaforma Google Meet. La durata globale dell’intervento non è definibile a priori, si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi. È esclusa dall’intervento ogni azione che possa qualificarsi come “diagnosi” o “terapia”. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line (www.opl.it). I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR n. 679/2016) e dal Codice Deontologico.

**AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, dello Sportello di ascolto psicologico

* SÌ
* NO

PRESTANO IL CONSENSO al trattamento dei dati sensibili ai sensi del G.D.P.R. (Regolamento UE 2016/679)

* SÌ
* NO

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_