

SPORTELLO ASCOLTO

Consenso al trattamento dei propri dati personali (Art. 76-81 D.Lgs 196 del 30.06.2003)

Il Sig. _____ nato a _____ il _____

e residente a _____ Via/Piazza _____
(padre del minore),

e la Sig.ra _____ nata a _____ il _____

e residente a _____ Via/Piazza _____
(madre del minore),

- acquisite le informazioni dal titolare del trattamento a sensi dell'art.13 del D.Lgs del 30.06.2003, e consapevoli, in particolare che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art.4 comma 1let.D, nonché art 26 del D.L.gs 196/2003
- dichiarando di essere in pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoriale (assumendosi in tal senso ogni responsabilità al riguardo), nei confronti del minore:

Cognome e Nome _____, nato a _____,

il _____, codice fiscale _____ frequentante la classe _____

CONSENSO INFORMATICO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO PER I MINORI

(ai sensi dell'art. 24 del Codice deontologico degli Psicologi Italiani)

In riferimento al progetto "Sportello D'Ascolto Psicologico" istituito presso l'Istituto Comprensivo Statale Giovanni XXIII si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico;
2. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio;
3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, il potenziamento del benessere psicofisico, l'orientamento;
4. la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) ed agli obblighi di legge previsti (Art.13);
5. il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 al massimo di 2 (salvo eccezioni particolari).

(mettere una croce nella spazio apposito)

() autorizzo il proprio/a figlio/a ad usufruire qualora ne sentisse la necessità del servizio offerto dall'Istituto Scolastico da parte del figlio minore per colloqui di consulenza psico-sociale.

() autorizzo l'utilizzo dei dati nell'ambito e con le modalità indicate nell'informativa sulla privacy

() non autorizzo

Le informazioni raccolte nel rispetto della legge sulla privacy hanno solo scopo di migliorare lo sviluppo psicologico e i risultati dell'apprendimento.

Firma del padre del minore _____

Firma della madre del minore _____

Luogo e data _____