



## Consenso informato per l'accesso del minore allo sportello di ascolto – IC L. MANARA

I sottoscritti

Madre (nome e cognome)

e

Padre (nome e cognome)

genitori dell'alunno/a frequentante la classe ..... sezione ..... in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale e di un'adeguata informazione sui contenuti e finalità del servizio di "Sportello di Ascolto Psicologico" attivato nell'anno scolastico 2020/2021 presso l'istituto comprensivo "Luciano Manara"

☐ **diamo il consenso**

☐ **non diamo il consenso**

(barrare l'opzione interessata)

affinchè nostro/a figlio/a possa accedere al servizio di ascolto psicologico, curato dal Dott. Andrea Bonanomi.

Siamo consapevoli informati che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza gratuita, finalizzata alla promozione del benessere psicologico e al potenziamento delle risorse personali. Non presenta finalità di tipo terapeutico;
  - la frequenza e il numero dei colloqui sarà valutata in base alla problematica psicologica e alla disponibilità di ore a disposizione dell'operatore, con un massimo di 5 incontri per alunno/a;
  - in qualsiasi momento il minore potrà interrompere i colloqui;
  - lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è tenuto al segreto professionale (Art. 11);
  - lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
  - il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
  - lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente ed alla famiglia le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- Milano ...../...../.....

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_