

## SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

### MODULO DI CONSENSO INFORMATO-MINORI

In riferimento al Progetto 'Sportello di Ascolto' si informa che:

- la prestazione offerta è una consulenza psico-pedagogica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita, al sostegno emotivo -affettivo e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto
- Il numero degli incontri potrà variare da un minimo di 1 ad un massimo di 4 (secondo necessità e salvo eccezioni)
- I professionisti contrattualizzati dalla scuola sono vincolati al rispetto del Codice Deontologico delle professioni di riferimento (Psicologi e/o Pedagogisti), in particolare sono strettamente tenuti al segreto Professionale e alla riservatezza secondo norma.

I sottoscritti genitori...../.....  
dell'alunno/a.....  
frequentante la classe.....sezione .....indirizzo .....

#### AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dei colloqui individuali in presenza con il/la professionista dell'Associazione e/o esperto esterno

Firma del padre (o di chi ne fa le veci).....

Firma del madre (o di chi ne fa le veci).....

(E' indispensabile la firma di entrambi i genitori/tutori)

#### Consenso al trattamento dei dati sensibili del minore

Informativa ex Art .13 D. Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali ed eventuali ss.mm.

**\*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Firma del Padre/tutore .....

Firma della Madre/tutore .....