

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2024-2025
Scuola Secondaria di primo grado IC GOBETTI**

La sottoscritta (nome e cognome madre) _____

e il sottoscritto (nome e cognome padre) _____

affidandosi al dott. Andrea Bonanomi siamo informati sui seguenti punti:

- 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);
- il dott. Bonanomi è iscritto all'Albo degli Psicologi della Lombardia con il numero 9138 dal 14/09/2005;
- l'informativa sulla privacy è consultabile e scaricabile dal sito www.spazioascolto.it

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

(nome e cognome figlio/a) _____

frequentante la classe _____ della scuola Secondaria di I grado,

avendo preso visione del Consenso Informato:

autorizziamo

NON autorizziamo

nostro/a figlio/a ad accedere, qualora ne sentisse la necessità, allo Sportello di Ascolto Psicologico

Luogo e Data _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____

(Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori)

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 _____

Da restituire compilato e firmato da entrambi i genitori al/la coordinatore/trice di classe