# CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

**PROGETTO "PROGRESSI" A.S. 2024/2025**

I sottoscritti

(Cognome/Nome del padre) (Cognome/Nome della madre) genitori dell'alunno/a (Cognome/Nome del figlio) frequentante la classe \_\_\_\_Sez \_\_\_dell’Istituto Comprensivo Mogoro, sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sono informati sui seguenti punti:

* La prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata al potenziamento del benessere psicologico;
* lo strumento principale di intervento sarà il colloquio;
* il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione e distruzione degli stessi;
* il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;
* lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi ltaliani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11);
* lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
* i dati saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 per attività e azioni connesse al suddetto Progetto.
  + Si autorizza ⬜ Non si autorizza

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con lo/a Psicologo/a Psicoterapeuta

Data

Firma del padre Firma della madre

