

**CONSENSO SPORTELLINO DI ASCOLTO plessi IC SUPINO**

I sottoscritti .....  
genitori dell'alunno/a .....

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la figlio/a ad usufruire del servizio dello sportello d'ascolto condotto dalla Psicologa dott.ssa Enrica Cellitti,  
**FIRME GENITORI** .....

**MODULO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO SCOLASTICO RIVOLTA AI MINORI**

Io sottoscritto/a.....,nato/a a ..... il ..... consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 46, 75 e 76 D.P.R. 445/2000), affermo, sotto la mia responsabilità, la veridicità delle notizie fornite nella presente dichiarazione di consenso e affermo di essere.....(grado di parentela) del/la minore.....

E

Io sottoscritto/a.....,nato/a a ..... il ..... consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 46, 75 e 76 D.P.R. 445/2000), affermo, sotto la mia responsabilità, la veridicità delle notizie fornite nella presente dichiarazione di consenso e affermo di essere.....(grado di parentela) del/la minore.....

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI AFFIDAMENTO SUPERESCLUSIVO DEL MINORE)

Io sottoscritto/a.....,nato/a a .....  
il.....in qualità di.....del minore.....dichiaro di essere l'unico/a esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore in oggetto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 46, 75 e 76 D.P.R. 445/2000), affermo, sotto la mia responsabilità, la veridicità delle notizie fornite nella presente dichiarazione di consenso nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore.  
Esprimo il consenso affinché il/la minore usufruisca delle prestazioni professionali gratuite di ascolto attivo, consulenza, orientamento, offerte dalla psicologa Dott.ssa Enrica Cellitti.

Siamo informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

- 1) lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che impone l'obbligo del **segreto professionale**, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso della persona assistita o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- 2) la prestazione offerta riguarda colloqui di ascolto attivo, supporto, consulenza, orientamento e avrà una durata limitata nel tempo, in quanto l'intervento non avrà come oggetto la diagnosi e/o la terapia, ma suggerirà e faciliterà strategie di cambiamento e presa di responsabilità;
- 3)per il conseguimento dell'obiettivo sarà usato il colloquio (non si prevede la somministrazione di nessuno strumento psicodiagnostico o scala di valutazione, disegni etc);
- 4) ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP;
- 5) la Dott.ssa Cellitti può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto alla constatazione che non vi sia alcun beneficio dell'intervento e può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
- 6)Si specifica che lo psicologo dello Sportello d'ascolto non tratterà nulla all'infuori del consenso informato e non raccoglierà nessun altro dato. Il trattamento dei dati avverrà in modo funzionale agli scopi e alle finalità per le quali il trattamento stesso è effettuato, ai sensi dell'art. 13 del RE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data..... **FIRMA GENITORE** .....

**FIRMA GENITORE** .....