

MODULO DI CONSENSO INFORMATO
SPORTELLO DI CONSULENZA PER LE DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO
SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti (cognome e nome)..... (padre) e(madre)
genitori dell'alunno/a.....(cognome e nome)
ovvero l'alunno maggiorenne (cognome e nome)
frequentante la classesezione..... sede SCARABELLI GHINI

SPORTELLO DI CONSULENZA PER DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO

In virtù della responsabilità genitoriale e di un'adeguata informazione sui contenuti e finalità del Progetto "Sportello di consulenza per le difficoltà di apprendimento", informati che:

- lo sportello costituisce una consulenza gratuita sulle difficoltà di apprendimento;
- potrà essere svolto in forma di colloquio personale e successivamente in laboratori in piccoli gruppi;
- il professionista potrà restituire, se opportuno, al consiglio di classe informazioni utili per il successo scolastico dell'alunno;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

l'accesso allo "sportello di consulenza per le difficoltà di apprendimento".

SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

In virtù della responsabilità genitoriale e di un'adeguata informazione sui contenuti e finalità del Progetto "Sportello d'Ascolto Psicologico", informati che tale sportello:

- è una consulenza gratuita, senza scopo terapeutico ma finalizzata a costruire un'opportunità per favorire delle riflessioni degli studenti;
- costituisce un momento qualificante di promozione del benessere psicofisico degli studenti;
- costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;
- il professionista valuta ed eventualmente- se richiesto - fornisce all'alunno/a le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- il professionista è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- il professionista 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.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

l'accesso allo "sportello d'ascolto psicologico".

Imola, lì Firma del padre ¹
Firma della madre ¹.....
ovvero Firma alunno maggiorenne

¹ Nel caso di firma di un solo genitore compilare la parte sottostante.

Il sottoscritto.....consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara

di essere l'unico genitore

ovvero

di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori" quindi di aver chiaramente informato l'altro genitore che concorda e autorizza l'accesso.

Imola, lì

Firma