ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PERUGIA 12"
Via Cestellini, 3 – 06135 Ponte San Giovanni (Perugia)
C.F. 94127320540 - COD. MEC. PGIC840009
Tel. centralino 075 395539 – 075393320 – fax 075 393906
E mail: PGIC840009@istruzione.it – PEC: PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT
Sito: **www.istitutocomprensivoperugia12.edu.it**

MODULO CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE ALLA ATTIVITA' DI ASCOLTO/SUPPORTO

In riferimento allo sportello di ascolto, esteso a tutta la comunità – ALUNNI – GENITORI – DOCENTI – PERSONALE ATA, si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al supporto alla crescita e alla maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e genitori. Costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- la Dottoressa-Esperta valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al genitore le informazioni necessarie atte a ricercare interventi altri e più adatti (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la Dottoressa-Esperta è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- tali consulenze "a distanza" dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati e non potranno essere registrati né diffusi gli scambi o parti di essi;
- la consulenza sarà curata dalla Dott.ssa Carola Sorrentino, titolare del servizio.

I SOTTOSCRITTI

COGNOME E NOME PADRE_____

Nato a_____(_____) il_____

e residente a_____(_____), in via/piazza_____

COGNOME E NOME MADRE_____

Nata a_____(_____) il_____

e residente a _____(_____), in via/piazza_____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____

che frequenta la classe_____ sez._____

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo "**sportello d'ascolto psicologico"** nel caso lo desideri.
Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.
A tal fine, AUTORIZZANO il trattamento dei dati personali e/o sensibili necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola, allegata alla presente, e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs. n. 101/2020.
Data, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____