

Oggetto: Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

In riferimento alle attività previste dal PTOF d'Istituto (LIFE SKILLS e PROGETTO PINOCCHIO) si precisa quanto segue:

- 1) la prestazione che è offerta al minore è un intervento di counseling (consulenza) finalizzato alla prevenzione del disagio scolastico e alla promozione del benessere psicosociale
- 2) a tal fine è utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio
- 3) gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano la prevenzione del disagio scolastico e/o personale
- 4) la Consulente/psicologa è vincolata al segreto professionale ed è nominata responsabile esterno del trattamento ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016
- 5) il numero degli incontri con il minore può variare da un minimo di uno ad un massimo di tre (salvo eccezioni particolari).

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini connessi allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico del Dott. Marco Pascarella e Dott. Francesco de Angelis, psicologi psicoterapeuti iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Marche.

Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale

I sottoscritti genitori/affidatari
dell'alunno/a nato/a
il frequentante la classe e sezione dell'IPSIA "CORRIDONI" sede di _____,
valutato i progetti LIFE SKILLS e PROGETTO PINOCCHIO,

- Autorizzano
- Non Autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con gli psicologi e psicoterapeuti iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Marche, Dott. Marco Pascarella e Francesco de Angelis.

In fede, data,

firma del padre _____

firma della madre _____