

**CONSENSO SPORTELLO PSICOLOGICO per minori e trattamento dati forniti
(da restituire al Coordinatore della classe che le consegnerà al professionista)**

Si informano le famiglie che, durante l'orario scolastico, sarà fornita agli alunni dell'IC Quattro Valli che ne faranno richiesta, la possibilità di *fruire gratuitamente* del servizio "SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO", un utile spazio di ascolto e consulenza per il benessere dell'adolescente, anche in relazione al difficile periodo che stiamo vivendo. Il servizio funzionerà su prenotazione e sarà curato dalla psicologa Dr.ssa Simona Agnello (tenuta al segreto professionale). A seconda delle condizioni legate all'emergenza pandemica, il servizio si terrà in presenza o in modalità a distanza, tramite collegamento su piattaforma scolastica (colloquio riservato, col solo professionista). Il tagliando sottostante, da firmare dai genitori, rappresenta l'autorizzazione necessaria "Consenso" all'eventuale utilizzo da parte del minore dello sportello di ascolto. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto al segreto professionale e all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I dati personali forniti (strettamente necessari per la prenotazione) saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 GDPR e D.Lgs 196/2003)

Distinti saluti

Dott.ssa Simona Agnello Psicologa

↓ autorizzazione da restituire al coordinatore della classe anche in modalità telematica

I GENITORI (cognome e nome)

.....
RILASCIANO IL CONSENSO affinché il proprio

FIGLIO/A..... (cognome e nome) della CLASSE _____

possa avvalersi, nel caso lo richieda, delle prestazioni professionali della dott.ssa Simona Agnello, Psicologa, per "Consulenza Psicologica Individuale Scolastica" (SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO attivato a seguito di Protocollo M.I. e Ordine degli Psicologi). I servizi sono autorizzati dall'Istituto Comprensivo delle Quattro Valli per l'a.s. 2020/21.

E-Mail genitore.....

Autorizzo al trattamento dati forniti ai sensi del G.D.P.R. Regolamento U.E 2016/679 e D.Lgs 196/2003" per le finalità relative allo sportello psicologico)

data.....

FIRMA DEI GENITORI del minore

.....