

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO A.S. 2020-2021**

I sottoscritti genitori\tutori

**Madre:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Padre:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Tutore:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_  
Sez \_\_\_\_\_ della Scuola secondaria di primo grado dell'IC Massarosa 1, sono informati sui seguenti punti:

La prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata al potenziamento del benessere psicologico;

il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione e distruzione degli stessi;

lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11);

i dati saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 per attività e azioni connesse al suddetto Progetto.

Si autorizza

Non si autorizza

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la dott.ssa Francesca Gini, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n.6461

Massarosa, \_\_\_\_\_

Firma del tutore

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

-----  
**Autocertificazione di genitore unico esercente potestà genitoriale**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ padre/madre del minore dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (in caso di provvedimento giudiziario, mettere i riferimenti al numero del provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione) \_\_\_\_\_

Autorizzo

Non autorizzo

mio figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Dott.ssa Francesca Gini, Psicoterapeuta, iscritta all'ordine degli Psicologi della Toscana, n. 6461

Massarosa, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_