**Al Dirigente Scolastico**

**Liceo Scientifico “A. Gatto”**

**Agropoli (SA)**

**CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEL MINORE ALLO “SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO” - A.S. 2015/2016**

I sottoscritti padre (altro………………………………..)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

madre (altro……………………………)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **in** qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Liceo Statale “A. Gatto” di Agropoli,

a conoscenza dello Sportello d'Ascolto istituito presso il Liceo Statale “A. Gatto” di Agropoli tenuto dalla dott.ssa Paola Cioffi e dalla dott.ssa Simona Barba e degli obiettivi e delle metodologie d’intervento di tale servizio,

AUTORIZZIAMO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, degli incontri individuali con lo psicologo ed a partecipare ad eventuali attività dello Sportello D’Ascolto.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarazione di consenso ai fini dell'Art. 13 del D. LGS 196/2003**

Preso atto dell’informativa allegata al presente modulo ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. i96 “Codice in materia di protezione dei dati personali” i sottoscritti padre.........................................................................madre.......................................

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore esprime il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) .................................................................................... necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell’informativa.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECAPITI TELEFONICI** dei genitori (obbligatorio) per eventuale conferma telefonica del consenso:

Tel. Padre:……………………………………………….. Tel. Madre:………………………………………………….

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO PER I MINORI

(ai sensi dell'art. 24 del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani")

In riferimento al progetto "Sportello D’Ascolto Psicologico" istituito presso il Liceo Statale “A. Gatto” si informa che:

1.la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico ;

2. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;

3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l’ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, potenziamento del benessere psicofisico, orientamento;

4.la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è

strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) ed agli obblighi di legge previsti (art.13);

5.il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni

particolari) .

**Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione.

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

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all’attività dello spazio di ascolto e per adempiere agli obblighi derivanti dall'incarico della dott.ssa Paola Cioffi e della dott.ssa Simona Barba.

 I dati in nessun caso vengono comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell’interessato.

Il titolare e responsabile del trattamento dei dati relativi alle attività dello “Sportello D’Ascolto” sono la dott.ssa Paola Cioffi e la dott.ssa Simona Barba

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai

sensi dell'art. 7 del D. lgs. 196/2003