



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “G. D’Annunzio”

Scuola dell’Infanzia – Primaria - Secondaria di I grado - Viale della Regione 28 – MOTTA
SANT’ANASTASIA C.F.93105100874 – C.M.CTIC83700X – Tel 095306410/Fax 095-306409
www.icsdannunziomotta.it - e-mail: ctic83700x@istruzione.it- Codice Univoco: UFZBRE

Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni A.S. 2021/2022

Io sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

e io sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a a _____

Il _____ C.F. _____

siamo stati informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà resa dall’I.C. “G.D’Annunzio” di Motta S. Anastasia è una prestazione di **Servizio di Sportello Psicologico** e sarà effettuata dalla Dott.ssa Alosi Roberta psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- La prestazione di Sportello Psicologico non è una Psicoterapia;
- In qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale;
- Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- Esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d’accesso alle fonti ed ai materiali;
- Lo sportello psicologico è rivolto agli alunni , ai genitori e al personale scolastico del nostro Istituto;
- Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiedere un corrispettivo economico per la prestazione;

Informati di tutto ciò,

noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla attività di psicologo/ educatore;
2. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
3. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
4. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;
5. il titolare del trattamento è la Dottoressa Alosi Roberta

Presa visione della presente informativa , attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali elencati nel modulo allegato.

Data

Firma padre leggibile_____

Firma madre leggibile_____

Firma del richiedente leggibile_____

MODULO PER IL CONSENSO AI COLLOQUI CON INSEGNANTI

Io sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Documento N° _____

residente a _____ Via _____

e io sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Documento N° _____

residente a _____ Via _____

genitori del/la minore _____

Codice Fiscale _____

DIAMO ESPRESSO CONSENSO

alla Dott.ssa Alosi Roberta **ad effettuare uno o più colloqui di confronto e coordinamento con gli insegnanti** di Nostro figlio, sia in nostra presenza che in nostra assenza, nell'esclusivo e primario interesse Nostro e di Nostro figlio.

Luogo e Data

Firma del padre

Firma della madre

Vi preghiamo di allegare al presente Documento le fotocopie firmate delle vostre Carte di Identità.