



MODELLO DI CONSENSO INFORMATO
Sportello di Ascolto Psicologico - Scuola secondaria 1° grado

La Sottoscritta _____ (madre) nata il _____ a _____
_____, C.F. _____ residente a _____
_____ in Via _____ n. _____

Il Sottoscritto _____ (padre) nato il _____ a _____
_____, C.F. _____ residente a _____ in
Via _____ n. _____

in qualità di **genitori** del/della minore _____ nato/a a _____
_____ il _____ frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria di I grado "R.
Fucini" di Montespertoli

DICHIARIAMO

di aver preso visione dell'attivazione dello Sportello di ascolto psicologico e di essere a conoscenza che:

- La prestazione consiste in un servizio dalla Dott.ssa Marta Ciabatti, Psicologa esperta in Psicologia clinica e della salute e Neuropsicologia, Specializzanda in Psicoterapia Sistemica Relazionale, iscritta all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Toscana n.10410;
- La prestazione in favore dei minori è subordinata alla consegna del suddetto modulo di consenso informato;
- Di aver inoltre preso visione del trattamento dei dati personali;
- Di essere a conoscenza che la finalità dello sportello d'ascolto è quella di promuovere il benessere degli studenti e che il servizio è erogato in presenza presso la Scuola secondaria di 1° grado secondo un calendario che verrà comunicato mensilmente;
- Viene esclusa dall'intervento ogni azione che possa qualificarsi come "diagnosi" o "terapia";
- La psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online presso il sito dell'Ordine degli Psicologi della Toscana (<https://www.ordinepsicologitoscana.it>);
- La psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, per cui i dati dell'interessato/a saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento secondo il GDPR e il D.Lgs. 101/2018;
- Lo Sportello d'ascolto è rivolto agli studenti e alle studentesse della Scuola Secondaria di I grado, ai loro genitori e al corpo docente.

Noi sottoscritti, aventi la responsabilità genitoriale del/della minore sopra citato/a, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra,

ACCONSENTIAMO

che venga effettuato il servizio di sportello d'ascolto psicologico nei confronti di nostro/a figlio/a, qualora lo/la stesso/a ne faccia richiesta ed

AUTORIZZIAMO

la Dott.ssa Marta Ciabatti a conferire con lo/la stesso/a.

Luogo e data _____

FIRMA DELLA MADRE _____

FIRMA DEL PADRE _____