

**CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA, ai sensi dell'Art. 24 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, nel rispetto del Trattamento dei Dati Personali, GDPR 679/2016**

I Sottoscritti:

PADRE \_\_\_\_\_  
MADRE \_\_\_\_\_  
Genitori/tutori/affidatari  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ della Scuola IS 'Sandro Pertini'

**DICHIARANO DI ESSERE CONSAPEVOLI CHE**

1. presso l'Istituto è attivo lo **Sportello di ascolto e supporto psicologico** rivolto agli alunni;
2. il servizio è erogato anche attraverso **colloqui individuali**, a partire da una esplicita domanda dello studente e/o del genitore e/o di chi esercita la legale rappresentanza dello studente;
3. lo Psicologo è tenuto a **garantire l'assoluta segretezza** dei dati **personali e** sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e dal Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR;
4. lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, **SOLO** nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare **SOLO la famiglia** per suggerire gli interventi appropriati;
5. lo Psicologo, Dott.re/sssa \_\_\_\_\_ comunicherà alla Dirigente Scolastica, Prof.ssa Adele Mormile i dati contenuti nel presente consenso informato, relativi alla richiesta di Supporto presso lo sportello, attivato dalla Integrazioni Cooperativa Sociale Onlus per il tramite dei professionisti abilitati della Scuola Quadriennale di Formazione in Psicoterapia Integrata della Società Italiana di Psicoterapia Integrata. Il medesimo consenso sarà inserito con Protocollo riservato nel Fascicolo individuale dell'alunno/a.

La validità della presente autorizzazione è a tempo indeterminato, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti relativi alle disposizioni vigenti. Tali diritti potranno essere esercitati, inviando comunicazione scritta indirizzata sia alla mail del nostro Istituto [nais07900t@istruzione.it](mailto:nais07900t@istruzione.it) che alla mail dello Sportello di ascolto [integrazioni@sipintegrazioni.it](mailto:integrazioni@sipintegrazioni.it), o rivolgendosi direttamente sia agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico che al predetto psicologo.

**PERTANTO AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di "Sportello di ascolto". Il sottoscritto dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale, così come modificate dal D. Lgs. 28 dicembre 2013, n. 154.

**\*Si allega copia dei documenti d'identità**

Afragola, lì

**Firma dei genitori o chi ne fa le veci**

Padre.....  
Madre.....