

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2022-2023**  
**Scuola Secondaria di primo grado IC LUCIANO MANARA**

La sottoscritta (nome e cognome madre) \_\_\_\_\_

e il sottoscritto (nome e cognome padre) \_\_\_\_\_

affidandosi al dott. Andrea Bonanomi siamo informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza gratuita, finalizzata alla promozione del benessere psicologico e al potenziamento delle risorse personali. Non presenta finalità di tipo terapeutico;
- la frequenza e il numero dei colloqui sarà valutata in base alla problematica psicologica e alla disponibilità di ore a disposizione dell'operatore, con un massimo di 5 incontri per alunno/a;
- in qualsiasi momento il minore potrà interrompere i colloqui;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente ed alla famiglia le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- il dott. Bonanomi è iscritto all'Albo degli Psicologi della Lombardia con il numero 9138 dal 14/09/2005;
- l'informativa sulla privacy è consultabile e scaricabile dal sito [www.spazioascolto.it](http://www.spazioascolto.it)

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore (nome e cognome figlio/a)

\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola Secondaria di I grado, avendo preso visione del

Consenso Informato:

**Autorizziamo**

**Non autorizziamo**

nostro/a figlio/a ad accedere, qualora ne sentisse la necessità, allo Sportello di Ascolto Psicologico

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**Firma della madre** \_\_\_\_\_

**Firma del padre** \_\_\_\_\_

*(Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà / affidatari / tutori)*

In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Firma** \_\_\_\_\_

Da restituire compilato e firmato al/la coordinatore/trice di classe.