**Consenso informato- Sportello d’ascolto psicologico**

Il sottoscritto (cognome e nome del padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e la sottoscritta (cognome e nome della madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore del minore (cognome e nome del/ della figlio/a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alunno della classe \_\_\_\_\_dichiara di essere informata:

* Che la prestazione che verrà offerta al/alla minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all’intervento per potenziarne il benessere psicologico.
* Che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
* Che lo strumento principale di intervento è il colloquio;
* Che lo/a Psicologo/a è vincolato/a al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11).

La sottoscritta, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/ tutoriale del/della sunnominato/a minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsente che suo figlio possa partecipare alle attività proposte dal percorso di consulenza psicologica.

La sottoscritta ai sensi del D.L.g.s. N. 196/2003 e del regolamento UE n. 679/2016, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, dichiarano di aver preso visione del Regolamento pubblicato sul sito web della scuola