



ISTITUTO COMPRESIVO
MORO - DON TONINO BELLO
RUTIGLIANO

ISTITUTO COMPRESIVO "ALDO MORO - DON TONINO BELLO"

RUTIGLIANO (Bari) Via Pascoli, 31 - Tel./Fax 080/476.14.66 - C. F. 93479630720

e-mail: baic897002@istruzione.it - pec: baic897002@pec.istruzione.it

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI STUDENTI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO IN PRESENZA E A DISTANZA "ON LINE"

si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore (in presenza o a distanza) è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo e non avrà finalità né diagnostica né psicoterapeutica;
- gli strumenti di intervento saranno i colloqui sviluppati in modalità "on line", tramite applicazione TEAMS, o in presenza. Ogni consulenza "on line" o in presenza potrà avere una durata di 30 minuti. Per entrambe le modalità è ESCLUSA la REGISTRAZIONE della CONVERSAZIONE;
- le consulenze "on line" dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari);
- la psicologa valuta ed eventualmente se richiesto, di ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta.

I sottoscritti genitori

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____ e residente
a _____ (____), in via/piazza _____ Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____ e residente
a _____ (____), in via/piazza _____ Telefono _____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____ che
frequenta la classe _____ sez _____ plesso _____

AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, si informa che la prestazione verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico

Data, _____