



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SPOLTORE

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di 1° grado
Via Montesecco, 33 - 65010 SPOLTORE (PE)
Segreteria 085 4961134 - Fax 085 4963457 – Presidenza 085 4961003
E-Mail: peic806007@istruzione.it Pec peic806007@pec.istruzione.it
Sito web: www.icspoltore.edu.it



C.F. 80006370680

C.M. PEIC806007

Consenso informato/autorizzazione per l'accesso dei minori allo Sportello Psicologico

Modulo con sottoscrizione di UN SOLO GENITORE (lontananza o impedimento altro genitore)

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ tel. _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale sul **minore** _____,
frequentante la classe/sezione _____ del plesso di _____ (indicare: Infanzia/Primaria/S.S. 1°Grado)
presa visione della suddetta informativa relativa allo Sportello Psicologico, presso codesto istituto,
dichiara di aver compreso quanto riportato e, in piena consapevolezza,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

che Suo figlio/a si rivolga allo sportello psicologico, nel caso lo desideri (ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento UE 679/2016)

Firma del genitore _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

la presenza di Suo figlio/a ad incontri ed osservazioni in classe, volti al miglioramento di situazioni problematiche emerse, al raggiungimento del benessere individuale di ciascuno studente nonché del benessere generale del gruppo classe.

Firma del genitore _____

DICHIARA, inoltre, che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del C.C. in termini di responsabilità genitoriale, l'altro genitore (riportare cognome e nome)..... **NON PUÒ FIRMARE IL CONSENSO PERCHÉ IMPOSSIBILITATO PER** il seguente motivo (barrare la casella interessata):

- Lontananza (intesa come distanza fisica che impedisce al genitore di adempiere ai doveri derivanti dal suo status);
- Impedimento (inteso come ogni evento che comporti (pur temporaneamente) l'impossibilità di esercizio della responsabilità genitoriale);
- Altro _____

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità che **l'altro genitore non firmatario è a conoscenza della presentazione del Consenso Informato per l'eventuale partecipazione del proprio /a figlio/a allo Sportello di Ascolto Psicologico aperto presso la Scuola, condivide le finalità del servizio ed è concorde con il sottoscritto genitore firmatario in merito all'autorizzazione rilasciata affinché il proprio figlio/a possa usufruire del servizio di Sportello d'ascolto psicologico secondo le modalità organizzative dell'istituto scolastico.** Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000.

Luogo e data _____ Firma leggibile del genitore _____

Il professionista, dr.ssa DIGENNARO Maria Ida (Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi Abruzzo, n.1677), nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psy.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello Psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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 le prestazioni (anche a causa dell'emergenza Covid-19) potrebbero essere svolte anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico (Google Meet, WhatsApp, Skype).

Da restituire al coordinatore di classe entro LUNEDI' 5 DICEMBRE