



ISTITUTO COMPRENSIVO VENARIA 1

Piazza Vittorio Veneto 2 – 10078 Venaria Reale

tel. 0114597443 – fax 011495205

e-mail: TOIC8A300D@istruzione.it

posta elettronica certificata: TOIC8A300D@pec.istruzione.it

Consenso Informato per Consulenza Psicologica rivolta a Minori

I sottoscritti: (cognome e nome del padre/tutore) _____

nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____

(cognome e nome della madre/tutrice) _____

nata a _____ il ___/___/___ e residente a _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul minore: _____

nato a _____ il ___/___/___ frequentante la classe _____ della Scuola _____

Dichiarano di essere entrambi pienamente a conoscenza del fatto che la Dott.ssa SILVIA DI PAOLA, Psicologa dell'istituto Comprensivo VENARIA 1 e iscritta all'Ordine Psicologi della Regione Piemonte n.4493, si appresta a fornire al minore una consulenza psicologica e che tale prestazione sarà erogata secondo le seguenti modalità:

1. La prestazione psicologica che verrà offerta è una consulenza psicologica, finalizzata al potenziamento del benessere psicologico;
2. A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
3. I minori possono accedere al servizio di consulenza psicologica solo previa autorizzazione da parte dei genitori;
4. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio di persona durante l'orario scolastico o online attraverso la piattaforma TEAMS;
5. La durata delle consulenze ed il numero di esse sarà concordata liberamente tra psicologo e utente;
6. Durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza né del paziente né del professionista, dovendo entrambe le parti usare la massima diligenza per garantire la riservatezza delle comunicazioni rispetto a terzi;
7. Le consulenze non saranno registrate né in forma audio né video;
8. In qualsiasi momento, l'utente è libero di interrompere il trattamento;
9. Lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi, che prevede anche l'obbligo del segreto professionale;
10. Tutti i dati forniti, ivi compresi i dati sensibili, sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali e del successivo regolamento europeo per la protezione dei dati GDPR;

Si invitano i genitori/tutori a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che egli/ella effettui il percorso di consulenza psicologica che la Dott.ssa SILVIA DI PAOLA riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

Letta e compresa l'informativa privacy ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR disponibile sul sito dell'istituto nella sezione GDPR-Privacy, in fede

Data _____

Firma del padre/tutore

Firma della madre/tutrice

NOTA: la presente autorizzazione ha validità fino al termine del ciclo scolastico salvo revoca della stessa da effettuarsi presso la segreteria dell'istituto