LIBERATORIA SPORTELLO ASCOLTO

PREMESSA

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" che coinvolgerà alunni/genitori/docenti/ che fanno parte dell'**Istituto Comprensivo "G. Carducci**"
si informa che:
- la prestazione che verrà offerta agli utenti di questo sportello d'ascolto è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, al sostegno emotivo-affettivo promuovendo lo sviluppo della conoscenza del sé e delle proprie emozioni, creando un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto. Inoltre, ha l'obiettivo di fornire supporto psicologico ad alunni/studenti, ai loro genitori ed ai docenti per rispondere e prevenire l'insorgere di forme di disagio;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

- Lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – di seguito C.D., nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni , il consenso informato è sempre richiesto da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art.31 del C.D.

- lo psicologo è strettamente 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 Giudiziara.

- La prestazione verrà svolta dalla Dott.ssa Sabrina Fiandaca, Ordine Psicologi Sicilia n°11136 . E-mail: sabrinafiandaca17@gmail.com

Modello di consenso

Avendo letto e compreso l'informativa che precede per il servizio dello sportello d'ascolto fornito dall'Istituto Comprensivo "G.Carducci".
La sottoscritta _____,
nata a _____il _____,
residente a_____ , via _____,
codice fiscale _____,

Il sottoscritto _____,
nato a _____il _____,
residente a_____,in via _____,
codice fiscale _____,

- Autorizzano il **trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 101/2018 e dell'art.13 GDPR (regolamento UE 2016/679).**

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale
sulla/sul minore_____,
nata/o a_____ il _____
residente a_____ in via _____
codice fiscale _____ frequentante la classe _____sez.____
della scuola_____

AUTORIZZA ☐ NON AUTORIZZA ☐

Lo svolgimento dell'attività per il proprio figlio/a

Luogo e data _____ Firma padre _____

Firma madre _____