



**ISTITUTO MAGISTRALE STATALE "BENEDETTO CROCE"**

*Liceo delle Scienze Umane – Liceo Linguistico*

*Liceo delle Scienze Umane con op. Economico Sociale- Liceo Musicale*

Via D'Annunzio - 09170 ORISTANO- Tel.0783-70287 - C.F. 80006570958

e-mail:ORPM01000T@istruzione.it - ORPM01000T@pec.istruzione.it

www.magicroce.edu.it



## **MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO e LIBERATORIA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI – A.S. 2021/2022**

**In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" si informa che:**

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale.

**I sottoscritti:**

\_\_\_\_\_  
**COGNOME E NOME DEL PADRE**

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**COGNOME E NOME DELLA MADRE**

nata a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore che frequenta la classe \_\_\_\_\_**

sez \_\_\_\_\_

- AUTORIZZANO**  
 **NON AUTORIZZANO**

**(Barrare la casella che interessa)**

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

## **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Con la presente i sottoscritti genitori/tutori autorizzano la Scuola al trattamento dei dati personali del/della minore.**

**Prendono atto che il rifiuto del consenso al trattamento dei nostri dati personali e dei dati del/la Minore come sopra, comporta l'impossibilità di adesione allo "sportello di ascolto", nonché l'impossibilità di usufruire di tale servizio.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del padre** \_\_\_\_\_

**Firma della madre** \_\_\_\_\_

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

**Consenso al trattamento di dati personali del minore**