

Istituto Comprensivo Porto Garibaldi	
Via Pastrengo n.1	
44029 – PORTO GARIBALDI (Comacchio) - (Fe) - C.F. 91016560384	
☎ 0533.324697	e-mail: feic82000p@istruzione.it
☎ 0533.353438	p.e.c.: feic8200p@pec.istruzione.it
www.istitutocomprensivoportogaribaldi.edu.it	



*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le pari opportunità*

MODULO RICHIESTA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI - ALUNNI MINORENNI

Progetto di supporto psicologico

I sottoscritti:

_____ nato/a a _____, il _____,
residente a _____ CAP _____ in via _____ n° _____
e

_____ nato/a a _____, il _____,
residente a _____ CAP _____ in via _____ n° _____
(dati esercente la responsabilità genitoriale/tutore)

nella qualità di genitori/tutore e come tale legale rappresentanti/e del minore:

_____ nato/a a _____, il _____,
residente a _____ CAP _____ in via _____ n° _____
(dati del minore)

letta e compresa l'informativa ex artt. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 per il trattamento dei dati personali degli alunni e delle famiglie, resa sempre disponibile da parte del Titolare del trattamento sul sito web <https://istitutocomprensivoportogaribaldi.edu.it/>, sul registro elettronico **NUVOLA** e all'albo dell'Istituto, e presa visione delle informative specifiche, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento nell'ambito del **"Progetto di supporto psicologico"**, promosso sulla base del Protocollo d'intesa tra il MI (Ministero dell'Istruzione) e CNOP (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi) siglato in ottobre 2020; fermo restando che i Dati Personali del minore non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità e/o libertà

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati ai fini esclusivamente istituzionali concernenti il suindicato progetto.

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa FRANCESCA BATTANI/ANGELA GAMBARINI

in presenza, presso le sedi dell'IC Porto Garibaldi.

on-line, utilizzando il sistema di videoconferenza "Google Meet".

(Luogo e data)

Firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale
o Firma del tutore

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

I/Il sottoscritti/o genitori/tutore dell'alunno/a _____ della classe ____ sez. _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste in caso di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano/dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice, che richiedono il consenso di entrambi i genitori o del tutore del minore.

(Luogo e data)

Firma

CONSENSO INFORMATO - SUPPORTO PSICOLOGICO

1. La Psicologa è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale.
2. Le prestazioni offerte riguardano un'attività di supporto psicologico individuale o di gruppo.
3. Le prestazioni offerte sono finalizzate ad attività di promozione e di tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Nello specifico, sono finalizzate ad analizzare, insieme al minore o ai minori, la domanda di aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse.
4. Ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istituita dall'Ordine degli Psicologi, per il conseguimento degli obiettivi, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per le attività di prevenzione e di sostegno in ambito psicologico. Tra questi, il principale strumento di intervento sarà il colloquio psicologico clinico.
5. La durata complessiva dell'intervento è prevedibile in un numero massimo di 3 incontri per ciascun ragazzo. Nel caso di interventi sul gruppo classe, essa sarà oggetto di valutazione e variabile in funzione delle caratteristiche del contesto, delle problematiche emerse e degli obiettivi formulati.
6. Le prestazioni saranno rese in presenza, presso le sedi dell'IC Porto Garibaldi, oppure utilizzando il sistema di videoconferenza "Google Meet" della piattaforma GSUITE, previo appuntamento via mail e invio della modulistica di autorizzazione richiesta. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia in alcun modo registrato.
7. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista. In tal caso i genitori si impegnano a comunicare tale volontà di interruzione alla psicologa, rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto sino ad allora.