



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO SPORTELLO
D'ASCOLTO PSICOLOGICO**

Pag. 1 di 1

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il _____

Genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a _____

Della Scuola _____ Classe _____ Sez _____

C.F. _____

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

1. Presso l'Istituto è attivo lo sportello di Ascolto Psicologico rivolto agli alunni/genitori/insegnanti;
2. Il servizio è erogato anche attraverso colloqui individuali, a partire da una esplicita domanda dello studente e/o del genitore e, solo successivamente, con richiesta di appuntamento del professionista;
3. Lo Psicologo è tenuto a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D.Lgs, 196/2003;
4. Lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne accolto;
5. La validità della presente autorizzazione è a tempo indeterminato, fatta salva la possibilità dei genitori, tutori e/o affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di " Sportello di ascolto psicologico".

Il sottoscritto dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale, così come modificate dal D. Lgs. 28 dicembre 2013, n. 154

Luogo e Data

Firma dei genitori
(o chi ne fa le veci)
