Oggetto: AUTORIZZAZIONE ad usufruire dello sportello psicologico A.S. 2024/25

# PER LO STUDENTE MINORENNE:

(nome e cognome) ………………………………………………………….Classe .......................................... I sottoscritti (madre) ………………………………………………………….

(padre) …………………………………………………………………………………….

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore regolarmente iscritto presso l’Istituto Graziella FUMAGALLI

# autorizzano;

* **non autorizzano**

il/la figlio/a ad accedere allo sportello psicologico per colloqui di consulenza psicologica in presenza.

Le prestazioni in presenza verranno erogate come da normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni dell’Ordine degli Psicologi regionale.

# Si richiede, considerata la minore età dei destinatari del progetto, l’autorizzazione di entrambi i genitori alla fruizione dei servizi elencarti. È necessaria la firma di entrambi i genitori, anche se separati o in caso di affido esclusivo, se esercenti la responsabilità genitoriale. Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di decesso/detenzione che va specificata nel presente modulo\*.

In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori ma comunque esercente la responsabilità genitoriale, per l’eventuale accesso ai servizi per cui è resa necessaria la liberatoria (sportello, osservazioni su caso singoli) il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza.

Relativamente allo sportello: Fermo restando la riservatezza del colloquio secondo la quale ”lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale“ (art. 11), i genitori autorizzano l’istituto a contattarmi in relazione a fatti e/o notizie che venissero riferite durante l’erogazione del servizio nel caso emergessero “gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi” (art.13) così come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale del l’Ordine ai sensi dell’art. 28, comma 6, lettera c) della legge numero 56/89, in data 15- 16 dicembre 2006 e recepito dal Consiglio dell’Ordine della Lombardia in data 18 gennaio 2007, modificato negli artt. 23 e 40 dal Consiglio Nazionale dell’Ordine in data 8 luglio 2009 a seguito di acquisizioni delle indicazioni del Garante , e modificato in data 5 luglio 2013.

Si precisa che i termini dell’intervento, in conformità ai principi espressi egli art. 6, 7, 11 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, seguiranno le linee guida per le prestazioni a Distanza fornite dal Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi “*Digitalizzazione della professione e dell’intervento psicologico mediato dal web, 2017*” e consultabili al sito <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR.pdf>

La presente autorizzazione è valida per tutti gli anni scolastici di permanenza del ragazzo nell’Istituto e con il medesimo professionista.

Il servizio di counseling è gestito e erogato dalla dott.ssa D’Ercole Sabrina.

Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del minore/famiglia e al fine di svolgere l’incarico conferito all’esperto.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018 titolare del trattamento dei dati è la Dott.ssa Flavia Ilaria Passoni.

# La liberatoria dovrà essere consegnata prima del colloquio, il professionista psicologo deve conservare una copia della stessa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alunno** | **Classe** |  |
| **Firma Madre:** | **Firma Padre:** | **Firma alunno maggiorenne** |

\***specificare firma di un solo genitore per decesso/detenzione** (non valido per irreperibilità o altre condizioni per cui rimanda alla

procedura di cui sopra)

Data e luogo