

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
Progetto "servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico"

I sottoscritti:

Cognome e Nome _____ residente a _____

Indirizzo _____ C.F. _____

Tel. _____ Email _____

Cognome e Nome _____ residente a _____

Indirizzo _____ C.F. _____

Tel. _____ Email _____

genitori / tutori / esercenti la responsabilità genitoriale di: _____ classe _____

Preso atto

- Dell'informativa allegata alla presente, ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.
Considerato che il progetto prevede i seguenti servizi destinati agli studenti:
 - Interventi in aula dello Psicologo a supporto delle classi per promuovere il benessere emotivo;
 - Attività e interventi preventivi per ridurre il rischio di insorgenza di problemi psicologici, come attività di sensibilizzazione sul benessere mentale o programmi di gestione dello stress;
 - Attivazione di uno Sportello di ascolto psicologico al fine di offrire sostegno agli studenti che affrontano difficoltà personali o sociali attraverso consulenze e attività di supporto agli alunni con difficoltà emotive, comportamentali e didattiche, promuovendo interventi di prevenzione del disagio personale.
- Consapevole
- Che la scuola tratterà i dati degli interessati conformemente a quanto specificato nell'Informativa, per le finalità connesse al progetto;
 - Che le attività di gruppo organizzate dallo Psicologo possono far emergere difficoltà personali, sociali o emotive;
 - Che l'adesione al servizio Sportello d'ascolto è su base volontaria e subordinata al consenso;
 - Che lo Psicologo, prima di dare avvio a qualsiasi attività di Sportello, è tenuto ad acquisire il consenso informato da parte degli utenti o da chi ne esercita la responsabilità genitoriale;
 - che il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca, e il mancato consenso non pregiudica in alcun modo la frequenza scolastica né l'accesso ad altri servizi dell'Istituto;
 - Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. e) e nell'art. 9, par. 2, lett. h) GDPR.

ACCONSENTONO NON ACCONSENTONO

alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a a **tutte le attività condotte dallo Psicologo** nell'ambito del progetto **"servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico"**, che escludono lo Sportello di ascolto individuale e per il quale è previsto di seguito separato e specifico consenso;

Data _____

Firme dei genitori o di chi ne fa le veci

Si allegano documenti di identità

Modulo da compilare in caso di adesione allo Sportello di ascolto individuale

Al Dirigente Scolastico
Scuola secondaria di 1° grado "E Fieramosca"

Barletta

I sottoscritti:

Cognome e Nome _____ residente a _____

Indirizzo _____ C.F. _____

Tel. _____ Email _____

Cognome e Nome _____ residente a _____

Indirizzo _____ C.F. _____

Tel. _____ Email _____

genitori / tutori / esercenti la responsabilità genitoriale di: _____ classe _____

In relazione alle attività individuali di **Sportello di ascolto**:

ACCONSENTONO alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle attività di **Sportello di ascolto e consulenza psicologica individuale** condotte dallo Psicologo nell'ambito del progetto **servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico**;

NON ACCONSENTONO alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle attività di **Sportello di ascolto e consulenza psicologica individuale** condotte dallo Psicologo nell'ambito del progetto **servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico**;

Data _____

Firme dei genitori o di chi ne fa le veci

e-mail per ricevere comunicazioni relative all'appuntamento: _____@_____._____

Si allegano documenti di identità

SE IL CONSENSO È PRESTATO DA UN SOLO GENITORE/TUTORE

In caso di firma di un solo genitore/tutore, ai sensi degli artt. 316, 317, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, nonché degli artt. 330–333 c.c. e della Legge 8 febbraio 2006 n. 54 (“Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli”)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome e Nome _____ residente a _____

Indirizzo _____ C.F. _____

Tel. _____ Email _____

il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva,
oppure

di aver informato l’altro genitore/tutore circa la presente richiesta di consenso e di assumersi ogni responsabilità in merito alla mancata acquisizione della seconda firma.

La mancata firma dell’altro genitore/tutore è dovuta a:

Sentenza di separazione legale o divorzio con affidamento esclusivo (art. 337-quater c.c.)

Irreperibilità o impossibilità di contatto dell’altro genitore

Impedimento temporaneo (es. lavoro, lontananza, motivi di salute)

Disaccordo o rifiuto dell’altro genitore, di cui il sottoscritto si assume la responsabilità

Altro (specificare)

Il/la sottoscritto/a si impegna a fornire, su richiesta, la documentazione comprovante la condizione dichiarata.

ACCONSENTE alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a a tutte le attività condotte dallo Psicologo nell’ambito del progetto **servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico**, che escludono lo Sportello di ascolto individuale e per il quale è previsto di seguito separato e specifico consenso

NON ACCONSENTE alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a a tutte le attività condotte dallo Psicologo nell’ambito del progetto **servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico**, che escludono lo Sportello di ascolto individuale e per il quale è previsto di seguito separato e specifico consenso

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data ___/___/___

In relazione alle attività individuali di **Sportello di ascolto**:

ACCONSENTE alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle attività di **Sportello di ascolto e consulenza psicologica individuale** condotte dalla psicologa

NON ACCONSENTE alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle attività di **Sportello di ascolto e consulenza psicologica individuale** condotte dalla psicologa

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data ___/___/___

Si allega documento di identità