

**CONSENSO INFORMATO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO**

I/II sottoscritti/o \_\_\_\_\_, esercenti patria potestà dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_,

esprimendo il proprio consenso alla possibilità che il/la proprio/a figlio/a usufruisca dello sportello di ascolto organizzato dal Consultorio Familiare "Centro Famiglia e Vita" nell'ambito dell'Istituto scolastico, sono informati sui seguenti punti:

- Che la prestazione offerta è un servizio di consulenza psicologica;
- Che le referenti del servizio sono la dott.ssa Serena Russini e la dott.ssa Anna Lisa De Paola;
- Che il servizio si effettua durante l'orario scolastico;
- Che lo strumento principale di intervento è il colloquio, tutelato dal rispetto della riservatezza personale, ad essa la referente dovrà derogare nei casi in cui si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi e nei casi in cui in sede di colloquio, venga a conoscenza di eventuali reati perseguibili d'ufficio per i quali vige l'obbligo di segnalazione;
- Che il trattamento dei dati raccolti è effettuato ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GPDR) ivi compresi i dati sensibili;
- Che il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, organizzazione, conservazione e cancellazione, distruzione degli stessi;
- Che il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di informazione e/o consulenza o comunque strettamente legati agli obiettivi dell'intervento;
- Che ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;
- Che ai fini della volontaria partecipazione ai colloqui da parte degli studenti, si richiede, il consenso scritto dei genitori o di chi ne fa le veci ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/03. **Il consenso è indispensabile perché il/la figlio/a possa usufruirne.**

ACCETTA che \_\_\_\_\_ acceda e usufruisca liberamente dello sportello di ascolto.

NON ACCETTA che \_\_\_\_\_ acceda e usufruisca liberamente dello sportello di ascolto.

Aprilia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

IN FEDE

Firma esercenti patria potestà

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_