

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO
(allegato all'informativa sul trattamento dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a..... e il /la sottoscritto/a.....

Genitore/i/tutore * dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ indirizzo _____ dell'IIS Euganeo di Este (PD)

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

il proprio figlio/a ad usufruire dello **sportello di ascolto e consulenza psicologica C.P.S (CENTRI PSICOLOGIA SCOLASTICA)** gestito dalla psicologa dott.ssa VIVIANA SPERIANI (iscrizione all'albo degli psicologi della Regione Veneto n. 4381) presso i locali di tutti e tre i plessi (centrale, Duca, Fermi) dell'IIS Euganeo di Este (PD) in convenzione con l'AULSS 6 Euganea (delibera n.517 del 19/09/2024) con le seguenti finalità:

- Promozione del benessere psicofisico
- Informazione, consulenza, prevenzione e supporto delle forme di disagio adolescenziale
- Prevenzione dell'abbandono scolastico

Si sottolineano:

- il carattere di riservatezza degli interventi in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale.
- L'inserimento dello sportello di ascolto fra i progetti inseriti nel PTOF per il triennio 2025/2028

N.B. Per l'accesso al servizio è condizione necessaria la compilazione del modulo privacy allegato.

* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data.....

Firma1 _____

Firma2 _____

.