



**CONSENSO INFORMATO**  
**S.A.P. Sportello d'ascolto Psicologico**

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i esercente/i la potestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le veci) del minore  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

Affidandosi alla psicologa Dr.ssa Lo Coco Agata dichiara di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- la prestazione che verrà offerta non ha finalità di psicoterapia, ma di counseling, in presenza o secondo le modalità online se necessarie, finalizzata al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui in presenza o online;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679. Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili;
- il titolare del trattamento è la dr.ssa Lo Coco Agata;
- la psicologa, dottoressa Lo Coco Agata, si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola, la quale svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
- i dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui *online/in presenza* con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega:

- fotocopia documento di identità

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_