PRESA VISIONE INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti genitori (padre) _____

(madre) _____

dell'alunno (o in caso di alunno maggiorenne) il sottoscritto_____ frequentante la classe_____dell'Istituto Liceo Torricelli-Ballardini, avendo acquisite le informazioni fornite dal Titolare ai sensi degli Artt. 13-14 del GDPR, prende visione e presta il consenso al trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta informativa.

Consenso informato per interventi con minori la prestazione che ci si appresta ad erogare consiste nell'attivazione di un ***servizio di consulenza e supporto psicologico*** *rivolto agli studenti del Liceo Torricelli-Ballardini ed è finalizzata a: rilevare eventuali segnali di disagio psicofisico ed emotivo manifestati dagli studenti, promuovere il benessere psicofisico dei minori, favorire l'inclusione scolastica, promuovere attività di prevenzione e informazione riguardo la salute psichica ed emotiva, offrire uno spazio protetto all'interno del quale valutare, nel caso si rendesse necessario, l'ipotesi di seguire un percorso di sostegno psicologico maggiormente strutturato;*

- *a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno: il colloquio clinico, le attività di consulenza e informazione relative alla salute psicologica, attività di supporto psicologico,*
- *le prestazioni verranno rese presso i locali del Liceo Torricelli-Ballardini di Faenza;*
- *al suddetto servizio sarà possibile accedere esclusivamente su base volontaria, previo desiderio manifesto del minore;*
- *in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto; lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.*

o *Autorizzo* o *Non Autorizzo*

In assenza di specifica indicazione l'Istituto si riterrà autorizzato.

LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE è VALIDA PER TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA DELL'ALUNNO PRESSO IL LICEO TORRICELLI- BALLARDINI

Firma dei Genitori (se studente minorenne)
o dello Studente (se maggiorenne)

_____

_____

Faenza, _____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 377 ter. e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori