Autorizzazione minore SPORTELLO D'ASCOLTO

Al Dirigente Scolastico dell'IC " Fontanile Anagnino"-Roma

Oggetto**: Autorizzazione minore al servizio "Sportello d'ascolto e supporto psicologico"**

I SOTTOSCRITTI GENITORI:

PADRE _____ _____

MADRE_____

ESERCENTI LA PATRIA POTESTA'_____

DELL'ALUNNO/A_____

FREQUENTANTE LA CLASSE____SEZIONE____DELLA SCUOLA PRIMARIA/SECONDARIA DI I GRADO,

DICHIARANO DI ESSERE CONSAPEVOLI CHE

1. Presso l'Istituto è attivo lo **Sportello d'Ascolto e supporto psicologico** rivolto ad alunni, genitori e personale docente;

2. Il servizio è erogato anche attraverso colloqui individuali, a partire da una chiara e spontanea domanda dello studente, del docente e del genitore, e solo successivamente a richiesta di appuntamento del professionista;

3. Lo psicologo è tenuto a **garantire l'assoluta segretezza** dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D.Lgs.196/2003 ;

4. Lo psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, **SOLO** nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare SOLO la famiglia per suggerire gli interventi appropriati;

5. La validità della presente autorizzazione è relativa all'a.s.2019/20, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs 196/2003. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta indirizzata all'I.C. Fontanile Anagnino n.123 -00118 Roma o rivolgendosi agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

PERTANTO

AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**

Il /la Proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire del servizio di " Sportello d'ascolto e supporto psicologico".

Roma,_____ FIRMA DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ

(padre/tutore) _____

(madre/tutore) _____