

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Sportello di Ascolto Psicologico — Anno scolastico 2026/2027

DATI ANAGRAFICI

I sottoscritti genitori/tutori:

Padre/Tutore:	_____
nato a:	_____ il _____
Madre/Tutrice:	_____
nata a:	_____ il _____

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a:

Cognome e nome:	_____
nato/a a:	_____ il _____
Classe e Sezione:	frequentante la classe _____ sezione _____
Ordine di scuola:	della scuola ☐ primaria ☐ secondaria di primo grado
Sede/plesso:	_____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa relativa allo Sportello di Ascolto Psicologico attivato presso l'Istituto Comprensivo "G. Galilei" e di essere stati informati sulle finalità e sulle modalità di svolgimento del servizio.

Lo Sportello di Ascolto Psicologico è un servizio finalizzato alla promozione del benessere emotivo e relazionale degli studenti e offre uno spazio di ascolto, confronto e orientamento per affrontare eventuali situazioni di difficoltà o disagio.

Il servizio sarà svolto dalla Dott.ssa Carla Pellegrino, psicologa, presso le sedi indicate nella relativa comunicazione dell'Istituto, nel periodo compreso tra il 25 settembre e il 27 novembre 2026.

I colloqui avranno carattere di ascolto e supporto psicologico breve e non costituiscono un percorso di psicoterapia né una valutazione diagnostica.

I genitori/tutori sono consapevoli che, qualora nel corso dei colloqui emergessero elementi che rendano opportuno un ulteriore intervento o supporto, potranno essere fornite indicazioni alla famiglia, nel rispetto della professionalità della psicologa e della normativa vigente.

ESPRIMONO IL CONSENSO

Preso atto di quanto sopra,

☐ **AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad **accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico e a partecipare ai colloqui individuali, o ad incontri di gruppo**, con la Dott.ssa Carla Pellegrino, secondo le modalità previste dal servizio.

☐ **NON AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico.

RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI

I genitori/tutori dichiarano di essere stati informati che i colloqui si svolgeranno nel rispetto dei principi di riservatezza e deontologia professionale, nonché della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, incluso il Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

I dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del servizio e secondo quanto previsto dall'informativa sul trattamento dei dati personali dell'Istituto.

La presente autorizzazione è riferita esclusivamente alla partecipazione del/della minore allo Sportello di Ascolto Psicologico nell'ambito del progetto sopra indicato.

FIRME DEI GENITORI/TUTORI

Luogo e data: _____

Firma del padre/tutore _____	Firma della madre/tutrice _____
-------------------------------------	--

Dichiarazione in caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara di aver rilasciato il presente consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale previste dalla normativa vigente e di aver acquisito il consenso dell'altro genitore/tutore.

Nome e cognome:	_____
Firma:	_____
Luogo e data:	_____