Modulo di Consenso Informato
per l'Accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico

Istituto Scolastico: Istituto Comprensivo Mahatma Gandhi
Anno Scolastico: 2025/2026
Psicologo incaricato: Dott. Antonio Romio

Dichiarazione di Consenso

I sottoscritti (Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale):

1. **Padre:** _____ nato a _____il_____
2. **Madre:** _____nata a _____ il _____

In qualità di genitori dell'alunno/a: _____ Classe: _____

DICHIARANO

- Di essere stati informati sulle caratteristiche, le finalità e le modalità dello Sportello d'Ascolto.
- Di **autorizzare** il/la proprio/a figlio/a ad accedere ai colloqui con lo psicologo scolastico.
- Di essere a conoscenza che l'autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta.

Firma del Padre: _____
Firma della Madre: _____
Data: _____

Segreto Professionale e Riservatezza

Il contenuto dei colloqui è strettamente riservato ed è tutelato dal **Segreto Professionale** (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani). Lo psicologo non potrà riferire a docenti o genitori quanto emerso, a meno che non sussista il consenso dello studente o vi sia un **grave e imminente pericolo** per la vita o per l'integrità psicofisica del minore o di terzi.

Trattamento dei Dati (Privacy)

I dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il trattamento è finalizzato esclusivamente all'erogazione del servizio richiesto.
