

## OGGETTO: Dichiarazione di consenso informato

I genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria \_\_\_\_\_

### DICHIARANO DI ESSERE INFORMATI CHE:

l'Istituto ha attivato il progetto "sportello di ascolto e consulenza psicologica", destinato ai docenti e ai genitori, **curato dalla Dott.ssa Giulia Di Micco, psicologa e psicoterapeuta di Civitas iscritta all'Ordine degli psicologi della Lombardia - albo 03/16902 dal 2014**

Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

- Fornire strumenti per gestire il percorso di educazione emotivo-affettiva degli alunni/figli.
- Consulenza e suggerimento di strategie personali o di gruppo per affrontare i problemi individuati.
- Integrazione delle competenze psicopedagogiche nelle attività curricolari.
- Supporto per la conoscenza e la gestione dei conflitti.
- Confrontarsi con un professionista rispetto alle fasi di crescita dei figli.
- Potenziare le capacità comunicativo-relazionali nel rapporto con i figli.

Il progetto è gratuito ed aperto a coloro che ne facciano richiesta per un sostegno al cammino di crescita e per confrontarsi rispetto le difficoltà educative nel rapporto con i figli/alunni.

Gli eventuali dati, tra i quali quelli sensibili, di cui si entrerà in contatto durante il progetto, saranno trattati nel rispetto della normativa vigente (DL 196/03).

Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico.

La psicologa, Dott.ssa Giulia Di Micco, nel rispetto del codice deontologico degli psicologi italiani, è strettamente tenuta al segreto professionale.

### CHIEDONO

con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giulia Di Micco presso lo Sportello di ascolto.

### DICHIARANO

inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni (**Allegato A**) relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Reg. Europeo 679/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ padre / genitore 1 o di chi ne fa le veci

FIRMA \_\_\_\_\_ madre / genitore 2 o di chi ne fa le veci

Il/la sottoscritt, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA del genitore \_\_\_\_\_