Oggetto: AUTORIZZAZIONE ad usufruire del servizio *Counseling e Interventi in aula*

I genitori dovranno barrare sia il campo per l'accesso allo SPORTELLO D'ASCOLTO CHE QUELLO INERENTE a INTERVENTI IN AULA **insegnanti possono accedere singolarmente come utenti adulti firmando il presente modulo e non possono in alcun modo autorizzare il minore.**

□ **RICHIESTE PER I GENITORI**: Il /i genitore/i
□ **autorizzano** □ **non autorizzano** A partecipare allo sportello di consulenza psicologica e alla condivisione delle relative informazioni con i docenti che lo specialista riterrà necessarie pur nel rispetto del segreto professionale;
□ **autorizzano** □ **non autorizzano** A partecipare agli interventi in aula condotti da psicologi

►**NOME DELLO STUDENTE MINORE** ……Classe…… sezione …….. nell'A.S. **2026/27**

I sottoscritti (madre) ……

(padre) ……

in qualità di esercenti la patria potestà sul minore regolarmente iscritto nell'A.S. in corso presso L'Istituto **IC Maranello – Sec I° G. Galilei**

La tenuta dei registri (come e dove le informazioni personali saranno registrate e conservate e chi avrà accesso ad esse),le strategie di gestione del rischio, le misure di sicurezza adottate ,le disponibilità (tempi e modalità) ad essere contattati e di accettare l'intervento concordato con il professionista incaricato. Le prestazioni in presenza verranno erogate come da normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni dell'Ordine degli Psicologi regionale, per le prestazioni a distanza si precisa che per ogni istituto verrà utilizzata la modalità di consulenza a distanza indicata dalla dirigenza (Gmeet, etcc.)

Si richiede, considerata la minore età dei destinatari del progetto, l'autorizzazione di entrambi i genitori alla fruizione dei servizi elencarti e alla condivisione dei dati emersi con i docenti. È necessaria la firma di entrambi i genitori, anche se separati o in caso di affido esclusivo, se esercenti la potestà genitoriale. Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di decesso/detenzione che va specificata nel presente modulo *. In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori ma comunque esercente la potestà genitoriale, per l'eventuale accesso ai servizi per cui è resa necessaria la liberatoria (sportello, osservazioni su caso singoli) il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza. Si garantisce l'accesso libero agli altri servizi per cui non è richiesta autorizzazione. Relativamente allo sportello: Fermo restando la riservatezza del colloquio secondo la quale "lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale "(art. 11), i genitori autorizzano l'istituto a contattarmi in relazione a fatti e /o notizie che venissero riferite durante l'erogazione del servizio nel caso emergessero "gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi" (art.13) così come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale del l'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera c) della legge numero 56/89, in data 15-16 dicembre 2006 e recepito dal Consiglio dell'Ordine della Lombardia in data 18 gennaio 2007, modificato negli artt. 23 e 40 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine in data 8 luglio 2009 a seguito di acquisizioni delle indicazioni del Garante , e modificato in data 5 luglio 2013.

La presente liberatoria è valida per tutti gli anni di permanenza del minore in questo istituto per le prestazioni psicologiche del medesimo professionista: Dott.ssa Passoni Flavia, Dott.ssa Trivelloni Morena

La liberatoria dovrà essere consegnata PRIMA DEL PRIMO colloquio, il professionista psicologo deve conservare una copia della stessa

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO e CLASSE:

_____

Firma Madre:	Firma Padre:
_____	_____

- specificare in caso di firma di un solo genitore per decesso/detenzione

(non valido per irreperibilità o altre condizioni per cui si rimanda alla procedura di cui sopra)

Data e luogo_____