

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO
PER GLI INTERVENTI DI CLASSE DELLO PSICOLOGO**

Il sottoscritto _____ padre del/della
minore/a _____
Nato/a _____ il _____ residente a
_____ in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____
tel/cell _____

La sottoscritta _____ madre del/della
minore/a _____
Nato/a _____ il _____ residente
a _____ in
via _____ cap _____ recapito
telefonico _____ e-mail _____
CF _____
tel/cell _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____ nato/a
_____ il _____ residente in Via
_____ cap _____
CF _____
frequentante la classe _____ della
Scuola _____

AUTORIZZANO

- la partecipazione del proprio figlio/a alla seguente attività di classe..... con lo psicologo dell'Istituto durante l'orario scolastico nel giorno.....dalle ore alle ore..... *

SI NO

(*) Nel caso in cui l'autorizzazione fosse negata, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe.

- lo specialista ad effettuare osservazioni delle dinamiche del gruppo classe. Le attività di osservazione sono volte ad agevolare le insegnanti nell'individuazione di strategie di intervento sullo stesso gruppo classe.

SI NO

- lo scambio di informazioni con i docenti ed eventuali ulteriori specialisti e referenti esterni alla scuola per confrontarsi anche su situazioni specifiche.

SI NO

Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno il coinvolgimento dei genitori per eventuali confronti ed approfondimenti. I dati personali e sensibili della persona, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori

Madre.....

Padre

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)