

Modello di autorizzazione colloquio individuale
progetto "Sportello di ascolto psicopedagogico"

**Alla Dirigente Scolastica
Del liceo Classico
"Vittorio Emanuele II"
PALERMO**

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE CONSULENZA ALUNNO/A CON OPT

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
e frequentante, nell'a.s. 2025/2026, la classe sez. del Liceo
Classico "Vittorio Emanuele II" di Palermo, ai sensi della circolare n. 609 del
30.04.2026

CHIEDE

un colloquio individuale con l'Operatrice Psicopedagogica territoriale incaricata
dall'Osservatorio di Area "Distretto 10".

(luogo e data)

.....

(firma dell'alunno)

CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO PER I MINORI
(ai sensi del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani")

In riferimento al progetto "Sportello di Ascolto Psicologico e Coaching" si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico;
2. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio;
3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, potenziamento del benessere psicofisico, orientamento;
4. la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) ed agli obblighi di legge previsti (art.13);
5. il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari).

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

I dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione.

Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali strettamente inerenti all'attività dello spazio di ascolto e per adempiere agli obblighi derivanti dall'incarico della Dott.ssa E. Foddai.

I dati in nessun caso vengono comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell'interessato.

Si potrebbe dover rendere accessibili i dati che vi riguardano alle Autorità sanitarie e/o giudiziarie, nonché a terzi qualificati solo sulla base di precisi doveri di legge.

Il titolare e responsabile del trattamento dei dati relativi alle attività dello "Sportello di Ascolto e coaching" è la Dott.ssa E. Foddai.

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Dichiarazione di consenso ai fini dell'art. 13 del D. LGS 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i sottoscritti:

padre.....madre.....
in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del citato minore esprimono il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del figliolo minore).....
necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data_____

Firma

Padre_____

Madre_____

RECAPITI TELEFONICI dei genitori (dati obbligatori)

Tel. Padre:.....

Tel Madre:.....