

CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA - CONSENSO PER STUDENTI

Il sottoscritto genitore/tutore _____, nato il _____ a _____ prov. _____ residente a _____ Via _____ prov. _____ tel. _____ email _____

dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____ telefono _____ email _____

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso l'IC Ilaria Alpi rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione - dalla Dottoressa **Pepe Donata**, professionista iscritta all'Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Puglia.

Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

La prestazione offerta dallo psicologo è una consulenza psicologica finalizzata all'acquisizione di una conoscenza più approfondita degli interessi, delle attitudini, delle capacità, del metodo di studio personale e della personalità dei ragazzi in relazione ai problemi e alle difficoltà che incontrano dentro e fuori la scuola. In questo particolare momento, il supporto psicologico verrà fornito anche in riferimento **alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19**;

In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, **i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica o telefonica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con la Psicologa**. Per prestazioni rivolte **a minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

- avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa, **autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al supporto Psicologico**;
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, **esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679**.

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____