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

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

CF tel/cell La sottoscritta madre del/della

minore/a Nato/a il residente in via cap recapito telefonico e-mail

CF tel/cell

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore nato/a a il residente

in Via cap

CF frequentante la classe della Direzione Didattica Statale di Baronissi Plesso di: AUTORIZZANO

la partecipazione del proprio figlio/a alla seguente attività di classe “Sportello psicologico” con

lo psicologo dell’Istituto durante l’orario scolastico \*

SI◻NO◻

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

la 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◻

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

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)*