

Autorizzazione minore al servizio "Sportello d'ascolto psicopedagogico"

Il/La sottoscritt/a _____

Nato/a il ____/____/____, a _____

Provincia _____

Genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a _____

frequentante la Classe _____ Sezione _____ dell'ITS Marchi-Forti Sede MARCHI

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- presso l'Istituto è attivo lo Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico rivolto agli alunni;
- il servizio è erogato attraverso colloqui individuali a partire da una esplicita richiesta di appuntamento dello studente e/o del genitore con il professionista Dott. CAROLI PAOLO;
- lo Psicologo è tenuto a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/2003;
- lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare SOLO la famiglia per suggerire gli interventi appropriati;
- la presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico 2019/2020, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi direttamente agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

PERTANTO

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di "Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico"

Firma del genitore o chi ne fa le veci

Pescia _____
