ISTITUTO COMPRENSIVO CAMIGLIANO
LOC. PIANACCE - CAMIGLIANO - LU
TEL 0583/926526
e-mail: luic835007@istruzione.it -
luic835007@pec.istruzione.it www.iccamigliano.edu.it

Consenso informato, per lo "Sportello d'ascolto" dell'I.C. Camigliano (LU)
A.S. 2025/26

- La sottoscritta_____,
  nata a_____il_____,
  residente a_____, in via_____,
  codice fiscale_____,

- Il sottoscritto_____,
  nato a_____il_____,
  residente a_____, in via_____,
  codice fiscale_____,

affidandosi alla dott.ssa Ilaria Menconi, iscritta all'Ordine degli psicologi della Toscana n. 9041, in servizio presso l'I.C. Camigliano Loc. Pianacce - 55010 Camigliano Capannori (LU).

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato:**

1. Lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.,* nello specifico 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.

2. La prestazione offerta riguarda il servizio di "sportello d'ascolto" offerto dall'I.C. Camigliano.

3. La prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazioni di: counseling psicologico scolastico.

4. La prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – *(art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*

5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio individuale presso lo spazio dedicato allo "sportello d'ascolto".

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore_____,

nata/o a_____il _____ residente a _____in via _____

codice fiscale_____

esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali secondo GDPR 2016\679

□ FORNISCE IL CONSENSO □ NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____

Firma padre _____

Firma madre_____