



l'I.I.S. "SELLA-AALTO-LAGRANGE" fornisce ai propri allievi, su loro richiesta, un servizio gratuito di consulenza psicologica e di consulenza individuale agli studenti con bisogni educativi speciali. Pertanto, si chiede **alle famiglie interessate** il preventivo consenso.

CONSENSO INFORMATO
SPORTELLO d'ASCOLTO PSICOLOGICO - SPORTELLO B.E.S. e
SPORTELLO COUNSELING

I sottoscritti _____
(Cognome e Nome)

(Cognome e Nome)

Genitori dell'alunno _____
(Cognome e Nome)

della classe _____ sede _____

autorizzano la partecipazione del/la proprio/a figlio/a, qualora lo/a stesso/a ne ravvisi la necessità, all'intervento di *Sportello d'ascolto psicologico* e di *Sportello B.E.S.*, effettuati da Psicologi presso l'I.I.S. *Sella Aalto Lagrange* e sono informati di quanto segue:

- l'intervento realizzato consisterà in incontri individuali, secondo le modalità classiche dello sportello d'ascolto scolastico, e perseguirà l'obiettivo della promozione del benessere personale utilizzando lo strumento conoscitivo del colloquio;
- l'intervento è effettuato nel rispetto del "Codice deontologico degli psicologi italiani" che regola la loro attività;
- i dati da noi forniti o comunicati liberamente dal ragazzo/a sono trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza dettati dal Regolamento UE 679/2016, ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza delle persone coinvolte.

In fede.

Luogo e data _____

Firme
