**CONSENSO INFORMATO per l’accesso allo Sportello d’Ascolto “Ben…essere”.**

ALLIEVI MAGGIORENNI

Agli alunni maggiorenni si richiede la presentazione del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d’Ascolto.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione delle informative in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d’Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili,

**FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA**

lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Tania Taffi, in presenza.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma leggibile

………………………………………………..…………

ALLIEVI MINORENNI

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede la presentazione del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d’Ascolto.

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione delle informative in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d’Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili,

**PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO**

il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Tania Taffi.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile

………………………………………………..…………

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile ………………………………………………..…………

In riferimento al progetto "Sportello d’Ascolto Ben…essere " che coinvolgerà i ragazzi del Liceo “G. Perticari”, si informa che:

▪ La prestazione gratuita che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all’orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori; costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto; si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;

▪ La Dott.ssa Taffi valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi;

▪ La Dott.ssa Taffi è strettamente tenuta al segreto professionale;

▪ La Dott.ssa Taffi può derogare da questo obbligo su richiesta dell'Autorità Giudiziaria