**SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA**

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
  
genitore/tutore di (nome e cognome del minore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
  
frequentante la scuola □ dell’Infanzia □ Primaria □ Secondaria di I grado

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il plesso)

**presto il consenso per l’adesione al servizio di psicologia scolastica**

* Sono consapevole delle seguenti finalità del servizio:
  + promuovere il benessere all’interno della realtà scolastica;
  + prevenire i comportamenti a rischio e la dispersione scolastica;
  + offrire un supporto alla genitorialità sui temi dell’età evolutiva;
  + offrire uno spazio d’ascolto a studenti e genitori.
* Sono inoltre consapevole del fatto che il servizio svolga esclusivamente la funzione di **prima consulenza** e che **in ambito scolastico non si possano svolgere attività di diagnosi e/o psicoterapia**, per le quali è necessario rivolgersi al pediatra/medico di medicina generale e/o al distretto sanitario di competenza. In caso di necessità l’Istituto può però supportare le famiglie durante la presa in carico presso i servizi presenti sul territorio.
* Dichiaro di aver compreso la finalità dell'intervento.
* Acconsento al trattamento dei dati personali del minore per l’accesso al servizio e per le finalità indicate.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme di entrambi i genitori o di chi detiene la responsabilità genitoriale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il consenso informato e il modulo privacy vanno restituiti al team docenti.