SPORTELLO PSICOLOGICO

MODULO DI CONSENSO E PRESA VISIONE

Il/La sottoscritto/a_____

nato a_____ il _____,

residente a_____, in via _____,

telefono _____, e-mail _____.

e

Il/La sottoscritto/a_____

nato a_____ il _____,

residente a_____, in via _____,

telefono _____, e-mail _____.

nell'esercizio della responsabilità genitoriale/tutela sul/sulla minore _____,

nato/a a _____ il _____,

1. DICHIARAZIONE E CONSENSO ALLA PRESTAZIONE

I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale/tutela sul/sulla minore sopra indicato/a, dichiarano la propria legittimazione a esprimere il consenso. Dichiarano di aver letto le informazioni sulla prestazione contenute nel documento informativo relativo allo Sportello psicologico, di aver potuto porre domande e di aver ricevuto risposte comprensibili.

Barrare una sola scelta condivisa; in caso di disaccordo la professionista verifica i presupposti per procedere.

☐ **ACCONSENTONO** alla prestazione psicologica descritta nel documento informativo.

☐ **NON ACCONSENTONO** alla prestazione psicologica descritta nel documento informativo.

Firma del primo esercente la responsabilità genitoriale/tutore _____

Firma del secondo esercente la responsabilità genitoriale/tutore _____

In caso di unica firma: titolo che consente di decidere da soli e documentazione verificata dalla professionista:

_____.

L'affidamento esclusivo, da solo, non prova necessariamente tale potere.

2. DICHIARAZIONE DI RICEZIONE E PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY

I sottoscritti dichiarano di aver ricevuto il documento separato "Sportello psicologico – Informazioni sulla prestazione e informativa privacy - Versione 1.0 del 6/11/26", di averne preso visione e di averne potuto conservare copia. Le firme attestano esclusivamente la ricezione e la presa visione dell'informativa e non costituiscono un consenso generale al trattamento o alla comunicazione dei dati personali.

Firma del primo esercente la responsabilità genitoriale/tutore _____

Firma del secondo esercente la responsabilità genitoriale/tutore _____

3. EVENTUALE CONSENSO FACOLTATIVO ALLA COMUNICAZIONE A TERZI

Compilare solo se il consenso è il presupposto necessario e appropriato. Si autorizza la Dott.ssa Viviana Gazzoli a comunicare esclusivamente i dati di seguito specificati.

Destinatari identificati:

La selezione delle categorie autorizza esclusivamente la condivisione delle informazioni strettamente necessarie alle finalità di supporto e tutela del minore, nel rispetto del segreto professionale e della normativa vigente.

- ☐ **Istituzione scolastica**: dirigente scolastico, docenti, coordinatori e referenti scolastici.
- ☐ **Servizi sanitari e sociosanitari**: consultori, neuropsichiatria infantile, servizi specialistici e altri professionisti sanitari.
- ☐ **Servizi sociali e territoriali**: servizi sociali comunali, servizi di tutela minori e altri enti della rete territoriale.

Finalità specifiche

L'eventuale comunicazione di informazioni a soggetti terzi potrà essere effettuata esclusivamente per una o più delle seguenti finalità:

- ☐ **Collaborazione educativa**: favorire il raccordo tra sportello, scuola e famiglia per promuovere il benessere del minore.
- ☐ **Supporto scolastico**: condividere informazioni utili alla comprensione e alla gestione di difficoltà scolastiche, relazionali e comportamentali.
- ☐ **Presa in carico integrata**: favorire la collaborazione tra i diversi professionisti e servizi coinvolti nel percorso di supporto del minore.
- ☐ **Attivazione della rete territoriale**: facilitare l'accesso a interventi e risorse di supporto psicologico, sanitario, educativo e sociale.
- ☐ **Tutela e protezione del minore**: condividere le informazioni necessarie in presenza di situazioni di vulnerabilità o rischio, nei limiti consentiti dalla normativa.

Tipologia di informazioni eventualmente condivisibili:

- ☐ **Benessere psicologico e relazionale** (stato emotivo, relazioni familiari e sociali e situazioni di disagio).
- ☐ **Difficoltà scolastiche ed educative** (apprendimento, comportamento, relazioni nel contesto scolastico e bisogni educativi).
- ☐ **Situazioni di vulnerabilità e interventi di supporto** (condizioni di fragilità, eventuali situazioni di rischio e indicazioni utili alla definizione di interventi di sostegno).

☐ **ACCONSENTONO ESPRESSAMENTE** ☐ **NON ACCONSENTONO**

alla sola comunicazione sopra descritta, anche di dati di salute se specificati. Il rifiuto non pregiudica il servizio; il consenso è revocabile in ogni momento presso la professionista ai recapiti indicati. Senza compilazione completa e scelta espressa non viene autorizzata alcuna comunicazione facoltativa.

Luogo e data _____

Firma del primo esercente la responsabilità genitoriale/tutore _____

Firma del secondo esercente la responsabilità genitoriale/tutore _____

Firma della professionista per le informazioni rese e la verifica del consenso