

Progetto "Parla che ti ascolto"

consenso informato e autorizzazione al trattamento dati dei minori

Con la presente ci tengo ad informare la Vostra famiglia che per quest'anno scolastico – sarò presente presso l'Istituto comprensivo in veste di psicologa-psicoterapeuta.

Obiettivo del progetto è quello di promuovere il benessere psicofisico degli alunni e delle alunne e le relazioni tra tutte le componenti che operano all'interno della scuola e di prevenire il disagio e l'insuccesso scolastico, attraverso una consulenza psicopedagogica mirata alle eventuali situazioni di difficoltà scolastica, comportamentale e relazionale.

Tale consulenza potrà riguardare i soli insegnanti che la chiederanno ed anche direttamente gli alunni che ne avvertissero il bisogno, attraverso richiesta ad uno degli insegnanti oppure tramite la cassetta di raccolta delle richieste collocata nell'atrio d'ingresso della scuola.

In quest'ultimo caso, incontrerò l'alunno o l'alunna che vorrà accedere al servizio per un colloquio di racconto e confronto e, se necessario, per alcuni altri colloqui successivi di monitoraggio.

Per far avere ai Vostri figli e figlie queste informazioni e presentarmi sono passata per un breve momento di scambio con gli alunni e le alunne nelle varie classi. In seguito, durante l'anno scolastico, sarò di norma presente presso la Scuola Secondaria nella mattinata di venerdì.

Chiedo, pertanto, la Vostra autorizzazione all'eventuale libero e gratuito accesso al servizio da parte di Vostro/a figlio/a ed il consenso al trattamento dei dati personali, compilando il tagliando sotto riportato, da far avere agli insegnanti.

Sono a disposizione per eventuali confronti e chiarimenti, cordiali saluti.

Bergamo 12 gennaio 2021

Dott.ssa Laura Austoni

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il ___/___/___ relazione di parentela _____, residente a _____

_____ indirizzo _____, dichiarando di essere

nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del

minore _____, nato/a a _____ il ___/___/___,

C.F. _____, dichiara:

- di dare il consenso e l'autorizzazione all'eventuale accesso al servizio inerente il Progetto "Parla che ti ascolto" presso la scuola da parte dell'alunno/a minorenni sopra indicato;
- di aver messo a conoscenza della presente nota tutti gli eventuali altri esercenti la potestà genitoriale/tutoria.

L'autorizzazione si ritiene valida per tutto il percorso scolastico dello studente, salvo esplicita diversa comunicazione da parte dell'esercente la potestà.

Data ___/___/___

Firma
