

SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
Istituto Comprensivo Modugno-Rutigliano –Rogadeo- di Bitonto

I sottoscritti _____
nati il ____/____/____ ____/____/____, a _____
Genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____ frequentante la
Classe _____ Sezione _____

DICHIARANO DI ESSERE CONSAPEVOLI CHE

1. presso l'Istituto è attivo lo **“SPORTELLLO D'ASCOLTO” PER SERVIZIO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA AGLI ALUNNI, ALLE FAMIGLIE E AL PERSONALE SCOLASTICO PER L'EMERGENZA COVID;**
2. il servizio è erogato attraverso colloqui individuali in presenza o a distanza attraverso la piattaforma MEET, a partire da una spontanea domanda dello studente, del genitore o del dipendente ed ha finalità consulenziali più che terapeutiche;
3. la Psicologa è tenuta a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal REG. UE/679/2016 (GDPR) e dall'art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi;
4. la Psicologa può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minore preso in carico; nel qual caso è tenuta ad informare SOLO la famiglia per suggerire interventi appropriati.

PERTANTO

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire del servizio di “ Sportello d'ascolto e supporto psicologico” svolto dalla dott.ssa Gaetana Gala

Bitonto, _____

Firma del padre

Firma della madre

SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
Istituto Comprensivo Modugno-Rutigliano –Rogadeo- di Bitonto

I sottoscritti _____
nati il ____/____/____ ____/____/____, a _____
Genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____ frequentante la
Classe _____ Sezione _____

DICHIARANO DI ESSERE CONSAPEVOLI CHE

1. presso l'Istituto è attivo lo **“SPORTELLLO D'ASCOLTO” PER SERVIZIO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA AGLI ALUNNI, ALLE FAMIGLIE E AL PERSONALE SCOLASTICO PER L'EMERGENZA COVID;**
2. il servizio è erogato attraverso colloqui individuali in presenza o a distanza attraverso la piattaforma MEET, a partire da una spontanea domanda dello studente, del genitore o del dipendente ed ha finalità consulenziali più che terapeutiche;
3. la Psicologa è tenuta a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal REG. UE/679/2016 (GDPR) e dall'art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi;
4. la Psicologa può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minore preso in carico; nel qual caso è tenuta ad informare SOLO la famiglia per suggerire interventi appropriati.

PERTANTO

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire del servizio di “Sportello d'ascolto e supporto psicologico” svolto dalla dott.ssa Gaetana Gala.

Bitonto, _____

Firma del padre

Firma della madre
