**IC Octavia**

**CONSENSO INFORMATO PROGETTO REGIONE LAZIO ‘ASCOLTO IN RETE’**

**SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO a.s. 2024-2025**

Il sig./sig.ra …………………………………………………………………………………………………………….. nato/a a………………………………….. il ……../………../…….., residente in via (indirizzo, città) ………………………………………………………………………………………………………………..

e il sig./sig.ra ……………………………………………………………………………………………………………… nato/a a …………………………….. il …..../..……./…….…., residente in via (indirizzo, città)……………………………………………………………………………………………………….

genitori del minorenne ……………………………………………………………………………………..…, nato il ………/………/………... a ………………………………. frequentante la classe……………………………, sez…………………. della scuola secondaria di primo grado dell’I.C. Octavia, di via Maestre Pie Filippini 5,

**MODULO DA COMPILARE SOLO PER PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne...............................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................

residente in via (indirizzo, città) …………………..………….....................................................................................................................

**□ AUTORIZZANO**

**□ NON AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a a richiedere colloqui individuali e strettamente riservati con la dott.ssa **Francesca Troya (Altro apprendimento)** psicologa individuata dalla scuola polo ‘Pietro Maffi’ come responsabile dello sportello d’ascolto scolastico del progetto della Regione Lazio ‘Ascolto in rete’ - triennio 2022-2025 (Scuola Maffi, Trionfale, Ovidio, Stefanelli e IC Octavia). Gli incontri si svolgeranno in presenza a partire **da novembre 2024** in un’aula della scuola secondaria di primo grado **a giovedì alternati in orario antimeridiano** nel rispetto delle procedure previste dalla normativa sulla privacy e la sicurezza.

Saranno inoltre previsti ulteriori incontri con alunni/e, genitori e docenti tramite appuntamento. Gli appuntamenti dovranno essere concordati direttamente con la psicologa al seguente indirizzo e-mail: [francesca.troya@icoctavia.edu.it](mailto:francesca.troya@icoctavia.edu.it)

I genitori, dichiarano altresì di essere consapevoli che:

-       Che la psicologa è regolarmente abilitata ed iscritta all'Albo degli Psicologi, e si attiene, nelle sue prestazioni professionali, al codice deontologico degli Psicologi italiani, e ai protocolli di sicurezza adottati dalla nostra scuola;

- Il servizio è erogato attraverso colloqui individuali a partire da una esplicita richiesta da parte dello studente e/o del genitore;

- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

-       La psicologa può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui SOLTANTO nel caso in cui venga a conoscenza di notizie di reato e/o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico o di altre persone e nel qual caso provvederà ad informare la famiglia per suggerire eventuali interventi;

Si ricorda che, per l’erogazione del servizio di consulenza psicologica è necessaria l’autorizzazione firmata da tutti coloro che esercitano la potestà genitoriale sul minore. Per qualsiasi informazione e per prenotazioni dei colloqui con i genitori contattare la dott.ssa Francesca Troya: [francesca.troya@icoctavia.edu.it](mailto:francesca.troya@icoctavia.edu.it)

**FIRMA DEI GENITORI E/O TUTORE LEGALE**

FIRMA GENITORE (1)…………………………………………

Eventuale recapito telefonico

FIRMA GENITORE (2)……………………………………..

Eventuale recapito telefonico

Firma in caso di singolo genitore / tutore legale[[1]](#footnote-1)………………………………………………………...

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. \*Alla luce delle disposizioni del Codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all’indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l’alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove sia irreperibile, il genitore che firma deve effettuare anche la seguente dichiarazione: “ Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”. [↑](#footnote-ref-1)