­­­­

­

**CONSENSO INFORMATO**

***Versione Minori***

Il/La/I sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore/i (o tutore) del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affidandosi alla terapeuta D.ssa Chiara La Barbera

È/Sono informato/i:

* che la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale;
* gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui ;
* il terapeuta ha un orientamento sistemico relazionale;
* i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento é la dr.ssa Chiara La Barbera;
* il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola, il quali svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
* Il terapeuta si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui in presenza con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.**

*( Luogo e data )*

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

 *( Firma ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *( Firma ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*