



**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CASARANO**

Tel.: 0833 -502428

Sito: [www.ambitodicasarano.it](http://www.ambitodicasarano.it)

e-mail: [udp@ambitodicasarano.it](mailto:udp@ambitodicasarano.it) – pec:

**MODULO CONSENSO INFORMATO  
PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO A MINORENNI  
TRAMITE SPORTELLO DI ASCOLTO**

padre

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____
---

madre

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____
---

alunno

frequentante la classe _____ sez. _____ dell' Istituto Scolastico _____ con sede _____
---

in base al D.lgs n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo Servizio d'ascolto, di supporto e consulenza.

Si precisa che nell'attività dello Sportello d'Ascolto verrà assicurata la riservatezza dei colloqui, in quanto lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11).

PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori  
(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore )