**CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO – versione minori, art.24 dal Codice Deontologico degli psicologi italiani-**

Il sottoscritto ( nome e cognome del padre)…...................................................................

E la sottoscritta ( nome e cognome della madre)…............................................................

Genitori del minore ( nome e cognome, classe frequentata)

….........................................................................................................................................

**. Sono informati in merito all’attivazione dello sportello di ascolto, in modalità mista, sia in presenza che on-line, stabilita dal protocollo MIUR-CNOP ( Settembre 2020) , nell’ambito della promozione del benessere e della qualità della vita a scuola.**

**. Il supporto psicologico e le attività inerenti lo sportello di ascolto, verranno effettuate dalla dott.ssa Simona Antonelli, psicologa iscritta all’albo degli psicologi della regione Umbria, vincolata al segreto professionale in base all’art. 11 del Codice Deontologico degli psicologi italiani.**

**. L’attività suddetta non ha carattere clinico, si pone come strumento di sostegno e raccordo fra studenti, scuola e famiglie.**

**. I dati del minore verranno trattati esclusivamente dal titolare del trattamento dei dati, la dott.ssa Antonelli, che ne garantirà la protezione, l’integrità, la sicurezza, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs 101/2018.**

I sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale tutoriale del minore sopracitato, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, autorizzano il proprio figlio ad accedere allo sportello di ascolto, qualora ne facesse richiesta.

DATA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

 ….................................................

 ….................................................