

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 4 - COMPONENTE 1**  
 Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università - finanziato dall'Unione europea - Next Generation EU  
 Codice identificativo progetto: M4C1I1.4-2024-1322-P-52819- CUP: J24D21000680006 - D.M. 19 del 02/02/2024-  
 Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nella scuola secondaria di primo e secondo grado e alla lotta alla dispersione scolastica **PROGETTO: "LA SCUOLA È DI TUTTI" - Percorsi di Mentoring e Orientamento**

**CONSENSO INFORMATO**

Nell'ambito del progetto attivato di prevenzione e contrasto alla dispersione scolastica è prevista la collaborazione con un consulente psicologo la cui attività è finalizzata ad offrire consulenza per "PERCORSI INDIVIDUALI DI MENTORING E ORIENTAMENTO" rivolti agli alunni dell'Istituto.

La professionista designata dall'Istituto è la Dott.ssa \_\_\_\_\_, iscritta all'Albo professionale dell'Ordine degli Psicologi Regione \_\_\_\_\_ n. - \_\_\_\_\_

- Si informa che:
- Il progetto è finalizzato alla promozione del benessere ed alla prevenzione delle situazioni di disagio; pertanto, ha obiettivi di consulenza, sostegno ed informazione.
- Ha finalità psicologiche ed educative, non diagnostiche o psicoterapeutiche.
- Per problematiche specifiche si provvede al rinvio ad esperti esterni.
- Agli atti della scuola non è conservata documentazione relativa ai colloqui con docenti e/o genitori, e/o alunni.

Tutte le attività sono attuate nel rispetto di quanto previsto dalle normative vigenti e dalla deontologia professionale; la psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale ed alla riservatezza.

I dati personali ed ogni tipo d'informazione sono trattati secondo quanto previsto dal D. lgs. N. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali e della privacy) e dal GDPR (Regolamento UE 2016/679), per le esigenze e le finalità inerenti alle attività svolte. La dott.ssa \_\_\_\_\_ è titolare del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto del contratto con l'Istituto Scolastico.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Genitore/Adulto responsabile del minore

ed  
 Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Genitore/Adulto responsabile del minore

ALUNNO/A \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto Superiore "Secusio" \_\_\_\_\_

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato - per proprio conto e nell'esercizio della responsabilità genitoriale sul minore - ed avendo ricevuto apposita informativa professionale in relazione a fini e modalità del servizio, esprime il proprio libero consenso al progetto, barrando la casella di seguito:

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

- la partecipazione del minore ai percorsi psico-educativi e/o alle osservazioni psicologiche all'interno del contesto di classe;
- la consulenza psicologica individuale
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali (disponibile sul sito dell'Istituto Scolastico) e in relazione a quanto indicato, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

**FORNISCONO IL CONSENSO**

**NON FORNISCONO IL CONSENSO**

Luogo....., data.....

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

Firma padre ..... Firma madre .....

*(Firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà/affidatario/tutore)*  
 Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/la richiesta 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.

Firma \_\_\_\_\_