



**CONSENSO INFORMATO** per l'accesso allo Sportello d'Ascolto "Ben...essere".

**ALLIEVI MAGGIORENNI**

Agli alunni maggiorenni si richiede la presentazione del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e frequentante la classe \_\_\_\_\_,

presa visione delle [informative in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili](#),

**FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA**

lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Alfonsina De Sario, in presenza.

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile .....

**ALLIEVI MINORENNI**

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede la presentazione del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto.

I sottoscritti \_\_\_\_\_, in qualità di esercenti

la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e frequentante la classe \_\_\_\_\_,

presa visione delle [informative in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili](#),

PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Alfonsina De Sario

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile .....

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile .....

---

In riferimento al progetto "Sportello d'Ascolto Ben...essere " che coinvolgerà i ragazzi del Liceo "Lanza-Perugini", si informa che:

- La prestazione gratuita che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori; costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto; si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- La Dott.ssa De Sario valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi;
- La Dott.ssa De Sario è strettamente tenuta al segreto professionale;
- La Dott.ssa De Sario può derogare da questo obbligo su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

La Dirigente Scolastica

Mirella Coli