

|   |                 |                          |                       |  |
|---|-----------------|--------------------------|-----------------------|--|
| <b>I.C. "Giovanni Falcone"</b>  |                 |                          |                       | <b>Da consegnare all'Ufficio Didattica</b> |
| Tel. 069454101  | Fax 06945410462 | RMIC8BT00Q@istruzione.it | www.icgfalcone.gov.it |  |
| <b>AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO DEL MINORE AL SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA</b> |                 |                          | Pagina 1 di 1         |  |

**Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "G. Falcone" - Grottaferrata**

OGGETTO: **Autorizzazione all'accesso del minore al servizio di Psicologia Scolastica**

Il/La sottoscritt/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ (primaria/secondaria)

### DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

1. presso l'Istituto è attivo il **Servizio di Psicologia Scolastica gestito dal Servizio Sociale del Comune di Grottaferrata (RM)** rivolto agli alunni;
2. il servizio è erogato anche attraverso **colloqui individuali**, a partire da una esplicita domanda dello studente e/o del genitore, e solo successivamente con richiesta di appuntamento del professionista;
3. lo Psicologo è tenuto a **garantire l'assoluta segretezza** dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR 679/2016;
4. lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, **SOLO** nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minore in carico; nel qual caso è tenuto ad informare **SOLO la famiglia** per suggerire gli interventi appropriati;
5. la validità della presente autorizzazione è a tempo indeterminato, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui al GDPR 679/2016. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta indirizzata all'I.C. "G. Falcone", Via Garibaldi n. 19, 00046 Grottaferrata (RM) o rivolgendosi direttamente agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

### PERTANTO AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di **Psicologia Scolastica**.

Il sottoscritto dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione in accordo con l'altro genitore, nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale, così come modificate dal D. Lgs. 28 dicembre 2013, n. 154.

Grottaferrata, \_\_\_\_\_

Firma del genitore o chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_