

## CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA MINORE

### “SPAZIO ASCOLTO” per Adolescenti

Lo Spazio d’Ascolto è concepito quale momento di colloquio individuali; è rivolto ai minori frequentanti il Terzo anno delle Scuole Secondarie di Primo Grado .È condotto dalla psicologa, **dott.ssa Paola Trabattoni**, con l’obiettivo di affiancare il minore in questa delicata fase evolutiva.

Il bisogno letto riguarda “la fatica di Crescere”.

Gli ambiti affrontati:

#### LA FATICA DI CRESCERE – ADOLESCENZA ALLE ...

**M** mancanze  
**E** esperienze  
**D** difficoltà  
**I** inquietudini  
**E** e...

#### TEMPI E MODALITA'

I colloqui avranno durata di 45 minuti **solo su Prenotazione presso l'apposita Cassetta**

Si svolgeranno presso la scuola, in aula apposita, in orario mattutino, l'ultimo venerdì del mese.

A partire dal mese di Gennaio 2018.

---

**CONSENSO GENITORI**

Il sottoscritto

NOMI GENITORI :

NOME DEL MINORE :

**ACCETTO**

**RIFIUTO**

Accettando il servizio offerto dalla dott.ssa Paola Trabattoni, Psicologa  
è informato sui seguenti punti:

- che la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata a potenziare il benessere psicologico;
- il trattamento dei dati da me forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è il dr. Trabattoni Paola.
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi.

**FIRMA**

---

Accanto al consenso del genitore verrà preservata la libera scelta del ragazzo/a.

Quindi il minore, non appena dispone del consenso informato sopracitato del genitore, potrà presentare la propria richiesta di adesione allo sportello compilando l'apposito modulo e inserendolo nella cassetta della posta insieme al consenso del genitore.

Si comunica che non verranno accolte richieste che non comprendano entrambi i consensi, del genitore e del minore interessato.

**LIBERO CONSENSO MINORE**

NOME DELLO STUDENTE:

CLASSE:

**FIRMA PER CONSENSO:**