***SCHEMA DI INFORMATIVA PER SPAZIO D’ASCOLTO: CONSENSO GENITORE E ALUNNO***

Lo Spazio d’Ascolto nasce dall’attenzione che l’Istituto Diaz rivolge nel promuovere e supportare il benessere psico-fisico del minore.

Lo Spazio d’Ascolto è concepito quale momento di colloquio individuali; è rivolto ai minori frequentanti le Scuole Secondarie di Primo Grado. È condotto da personale del consultorio Familiare COF DI Monza:

* Dott. Marino Catella, Psicologo, Psicoterapeuta, Pedagogista e Consulente Familiare;
* Dott.ssa Martina Galimberti, Psicologa;
* Dott.ssa Isabella Redaelli, Psicologa;
* Dott.ssa Antonella Sivelli, Consulente Familiare e Counsellor per l’Orientamento.

**TEMPI E MODALITA’**

I colloqui avranno durata di 45 minuti **solo su Prenotazione**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**CONSENSO DEI GENITORI**

Il sottoscritto

NOMI DEI GENITORI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DEL MINORE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCETTO RIFIUTO**

Accettando il servizio offerto è informato sui seguenti punti:

* che la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata a potenziare il benessere dell’alunno;
* il trattamento dei dati forniti dagli specialisti 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 Consultorio COF di Monza.
* 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 DEI GENITORI**

-------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------

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 Spazio d’Ascolto 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 DEL MINORE**

NOME DELLO STUDENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA PER CONSENSO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_