



Dr.ssa Paola Marchionne

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL/DELLA MINORE  
ALLO SPAZIO ASCOLTO  
presso il Liceo Linguistico S.M. SCHOLL**

I sottoscritti:

Cognome e nome del padre:

\_\_\_\_\_

Cognome e nome della madre:

\_\_\_\_\_ genitori

(se altro specificare

\_\_\_\_\_)

dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

In virtù della responsabilità genitoriale, visti e compresi i contenuti e le finalità dello "Spazio Ascolto " attivato nell'anno scolastico 2020-2021 presso il Liceo Linguistico

- Autorizzano
  
- Non Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Spazio Ascolto, curato dalla dott.ssa Paola Marchionne, pedagoga

Sono informati che:

- costituisce un momento di promozione del benessere psicofisico degli studenti, offrendo uno spazio ed un luogo protetto di ascolto e aiuto a problemi e vissuti personali;
- è una consulenza gratuita offerta dalla scuola, finalizzata a costruire un' opportunità per favorire negli studenti la riflessione condivisa;
- è un'attività di consulenza educativa e di primo livello (non prevede e non può essere definita come attività psicoterapeutica)
- si avvale del colloquio personale della durata massima di 50 minuti, in presenza presso la scuola o ONLINE con orari a seconda di esigenze e disponibilità;
- la pedagoga è strettamente legata al segreto professionale; ella può derogare all'obbligo su richiesta dell'Autorità Giudiziaria
- l'autorizzazione rilasciata avrà validità per tutto il ciclo di studi cui è iscritto lo studente;
- l'autorizzazione ad usufruirne può essere revocata in qualsiasi momento previa disdetta scritta da far pervenire direttamente alla pedagoga
- sulla base del Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei dati verrà effettuato nel pieno rispetto dei principi di liceità, di correttezza, di trasparenza e di tutela della riservatezza secondo quanto previsto da dette disposizioni di legge.

In fede, Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del responsabile del minore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

***Il consenso va consegnato o inviato esclusivamente alla pedagoga***

**[paola.marchionne@linguisticotrento.it](mailto:paola.marchionne@linguisticotrento.it)**

**370.3042259 numero Whatsapp**