



**Progetto “Punto di vista” A.S. 2023-2024: dichiarazione consenso informato**  
valido per tutto il corso di studio\*

Da restituire alla psicologa di Punto di Vista compilata in tutte le sue parti e firmata da entrambi i genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale. Il documento sarà conservato a scuola.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
identificato mediante documento n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e  
io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
identificato mediante documento n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

esercenti la responsabilità genitoriale per l'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria \_\_\_\_\_,  
diamo il nostro consenso – anche in relazione al trattamento dei suoi dati personali, ivi compresi quelli relativi alla salute – affinché nostro figlio/a possa accedere allo Spazio di Ascolto, condotto dalla Dott.ssa **NINO CHIARA**.

Cento \_\_\_\_\_

Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale

  

---

---

**SE LE ATTIVITA' PREVISTE NEL PROGETTO DOVESSERO SVOLGERSI A DISTANZA PER CONTRASTARE LA DIFFUSIONE DI COVID-19**

- 
- le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
  - i colloqui non saranno registrati né in audio né in video. In caso contrario è necessario un consenso specifico da parte e/o del professionista e/o dei genitori del/della minore;
  - le prestazioni verranno rese attraverso le piattaforme online e lo strumento tecnologico utilizzati sarà la videochiamata su Pc o tablet o smartphone.