Istituto statale di istruzione secondaria superiore
ARCHIMEDE
via Caravaggio, 52 - 24047 Treviglio (BG)
tel.: 0363 48721-2
PEO: bgis004008@istruzione.it PEC: bgis004008@pec.istruzione.it
website: www.isarchimede.edu.it
cod. mec. BGIS004008 c.f. 84003250168

Al DS dell'istituto "Archimede"

Oggetto: **autorizzazione alla partecipazione dello/a studente/studentessa allo sportello di ascolto per l'a.s. 2026/2027 (per maggiorenni)**

Il/La sottoscritto/a ……, studente/studentessa frequentante la classe …… sezione …… di questo istituto, avendo letto l'informativa relativa all'attivazione del servizio di ascolto psicologico rivolto a studenti, genitori e a tutto il personale, condotto dalla psicologa d'Istituto in collaborazione con la Rete "Scuole che promuovono salute" presso la sede scolastica,

chiede

di usufruire di tale servizio.

Nel caso in cui la professionista ritenga necessario contattare i familiari, il/la sottoscritto/a autorizza il contatto diretto con essi. Il professionista è vincolato al rigoroso rispetto del Segreto Professionale (art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani) e alla normativa vigente sulla privacy (Regolamento UE 2016/679 - GDPR). I contenuti dei colloqui non saranno riferiti a docenti, personale scolastico o familiari.Tuttavia, ai sensi dell'art. 13 del Codice Deontologico, qualora emergano elementi che configurino un grave e concreto pericolo per la vita o per la salute psicofisica dello studente o di terzi, o qualora ricorra l'obbligo di referto/denuncia all'Autorità Giudiziaria, lo psicologo è autorizzato e tenuto a derogare al segreto professionale e ad attivare tempestivamente i familiari/esercenti la responsabilità genitoriale e i servizi competenti.

Genitore 1: nome e cognome …… telefono ……

Genitore 2: nome e cognome …… telefono ……

Data …/…/…

Firma dello/a studente/studentessa

……