

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO
SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta Dott.ssa MASCIULLI GIULIA, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 8568,

CELL. 3516187423

giulia.masciulli@studio.unibo.it / giuliamasciulli@psypec.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Salvo D'Acquisto fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede della scuola secondaria di primo grado Salvo D'Acquisto
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloqui individuali rivolti ad alunni, genitori e personale scolastico, osservazioni in classe, interventi con il gruppo classe se richiesto dai docenti.
 - b) modalità organizzative: accesso previo appuntamento (biglietto nella cassetta/contatto telefonico o via mail)
 - c) durata delle attività: ore previste da bando
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo
prima di sottoscriverlo.***

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/____

Tutore del minore _____ in ragione di _____
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. ____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____