CONSENSO INFORMATO - PRESTAZIONI DI CONSULENZA, OSSERVAZIONI, LABORATORI PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Istituto Comprensivo Sasso Marconi - Borgonuovo

La sottoscritta Dott.ssa Benassi Elisa, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, n.8753 A, **mail**: sportello.ascolto@icsassomarconi.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Sasso Marconi-Borgonuovo, fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni non hanno finalità terapeutica ma costituiscono un momento di consulenza e di ascolto rivolto a studenti, studentesse, genitori e docenti in ottica di promozione del benessere e prevenzione del disagio, un momento di confronto con il gruppo classe su tematiche di particolare interesse per la specifica fascia d'età, laboratori finalizzati ad esempio al miglioramento delle relazioni interpersonali e alla promozione del benessere e/o l'osservazione delle dinamiche del gruppo classe, di eventuali comportamenti problematici e/o di eventuali difficoltà.
- Le prestazioni saranno rese in uno spazio dedicato presso la Scuola primaria o secondaria di primo grado di Borgonuovo (*qualora l'attività sia svolta in presenza*) e presso la Scuola primaria o secondaria di primo grado di Sasso Marconi.
- Le prestazioni verranno svolte anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Osservazioni, laboratori e/o interventi saranno effettuati nelle classi sia della scuola primaria sia della scuola secondaria di I grado dell'IC Sasso Marconi-Borgonuovo
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  a) Tipologia d'intervento: Sportello di Ascolto rivolto a Studenti e Studentesse, Genitori/Tutori e Docenti. Interventi/laboratori in classe e/o osservazioni
  b) Modalità organizzative: è possibile richiedere un appuntamento inviando una mail a sportello.ascolto@icsassomarconi.edu.it
  c) Scopi: promozione del benessere scolastico
  d) Limiti: mancata adesione al progetto
  e) Durata delle attività: A.S. 2026/2027
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online 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.

BOIC83600D - A41DF2B - REGISTRO PROTOCOLLO - 0007289 - 28/10/2026 - II.5 - E

MODULO CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO (GENITORI O TUTORI)

MINORENNI – MODULO GENITORI

La Sig.ra _____ nata a _____ il____/___/_____,
documento _____ n°_____,
rilasciato il ____/___/_____ da _____

Madre del/della minore _____, frequentante la classe _____
Scuola _____ nato/a a _____ il____/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Benassi Elisa presso lo Sportello di ascolto, mediante consulenze, interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*, osservazioni e/o laboratori in classe.

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ nato a _____ il____/___/_____,
documento _____ n°_____,
rilasciato il ____/___/_____ da _____

Padre del/della minore _____, frequentante la classe _____
Scuola _____ nato/a a _____ il____/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Benassi Elisa presso lo Sportello di ascolto, mediante consulenze, interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*, osservazioni e/o laboratori in classe.

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Luogo e data _____ Firma del padre _____

BOIC83600D - A41DF2B - REGISTRO PROTOCOLLO - 0007289 - 28/10/2026 - II.5 - E

PERSONE SOTTO TUTELA – MODULO TUTORI

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il____/___/_____,
documento _____ n°_____,
rilasciato il ____/___/_____ da _____

Tutore del/della minore _____, in ragione di _____
_____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*),
frequentante la classe _____, nato/a a _____ il____/___/_____ e
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Benassi Elisa presso lo Sportello di ascolto, mediante consulenze, interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*, osservazioni e/o laboratori in classe.

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Luogo e data _____ Firma del Tutore _____

☐ Crocettare se unico tutore del/della minore, altrimenti far compilare all'altro tutore la parte di seguito

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il____/___/_____,
documento _____ n°_____,
rilasciato il ____/___/_____ da _____

Tutore del/della minore _____, in ragione di _____
_____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*),
frequentante la classe _____, nato/a a _____ il____/___/_____ e
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Benassi Elisa presso lo Sportello di ascolto, mediante consulenze, interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*, osservazioni e/o laboratori in classe.

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Luogo e data _____ Firma del Tutore _____

BOIC83600D - A41DF2B - REGISTRO PROTOCOLLO - 0007289 - 28/10/2026 - II.5 - E