



Ministero dell'Istruzione e del merito
ISTITUTO COMPRENSIVO N. 2 - IMOLA
Via Cavour, 26 – 40026 IMOLA – Tel 054223420 - 23768
E-mail: BOIC84300L@istruzione.it - P.E.C.: BOIC84300L@PEC.ISTRUZIONE.IT

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

La sottoscritta Dott.ssa Burzacchini Silvia, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. matr.3564 sez.A.

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC2 Imola (BO) fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso IC2 Imola (BO)
- Le attività dello sportello di Ascolto potranno riguardare interventi come di seguito:
 - colloquio conoscitivo e di supporto psicologico;
- 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.***

La Professionista (firma) _____

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/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico .

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/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico .

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/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____