



*Ministero dell'Istruzione e del merito*  
**ISTITUTO COMPRENSIVO N. 2 - IMOLA**

Via Cavour, 26 – 40026 IMOLA – Tel 054223420 - 23768  
E-mail: [BOIC84300L@istruzione.it](mailto:BOIC84300L@istruzione.it) - P.E.C.: [BOIC84300L@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:BOIC84300L@PEC.ISTRUZIONE.IT)

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO  
SPORTELLO 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](http://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. BOIC84300L - A242A73 - CIRCOLARI nato a padre del minorenato 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 \_\_\_\_\_