

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SPORTELLO D'ASCOLTO INDIVIDUALE a.s. 2025/2026

La sottoscritta dott.ssa Sarah Bressanelli - Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia n. 23936, *Assicurazione Campi n. 505610972 - Allianz Spa*, prima di rendere le prestazioni professionali presso il plesso scolastici dell'Istituto "Trebeschi" - sede di Rivoltella, fornisce le seguenti informazioni.

Tipologia d'intervento

Incontro di consulenza psicopedagogica individuale.

Si informano i genitori del/della minore di quanto segue:

Modalità organizzative: la prestazione avverrà in presenza, durante l'orario scolastico. I colloqui non saranno registrati. Ai colloqui di consulenza individuale accederanno solamente gli studenti e le studentesse i cui entrambi i genitori hanno firmato il presente consenso.

Scopi: l'incontro ha lo scopo di favorire la cooperazione e il benessere relazionale nei rapporti con i/le compagni/e; gli interventi hanno l'obiettivo di promuovere benessere emotivo e fornire sostegno psicologico. L'intervento prevede che allo sportello si rivolgano anche coppie di alunni/e che hanno rapporti conflittuali con l'obiettivo di lavorare sulla relazione e promuovere empatia all'interno del rapporto stesso.

Strumenti: lo strumento principale sarà il colloquio, di supporto psicologico e motivazionale, a cui saranno associati strumenti quali il problem solving, tecniche cognitive e tecniche psico-emotive; non è prevista attività di psicoterapia.

Durata delle attività: i colloqui di sportello individuale avranno durata variabile da 30 a 60 minuti

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.opl.it.

In particolare, la professionista è tenuta al segreto professionale, pertanto non condividerà con terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, la professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

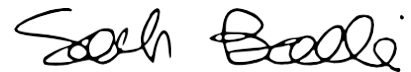
NOTE FINALI

La sottoscritta dott.ssa Sarah Bressanelli è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico presso l'Istituto "Trebeschi" e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

FIRMA DELLA PROFESSIONISTA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sarah Bressanelli". The signature is fluid and cursive, with the first name "Sarah" and the last name "Bressanelli" clearly distinguishable.

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Il/La Sig./raMADRE del/la minore

.....

nato/a a.....il ____/____/____

e residente a

in via..... n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista 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 Sarah Bressanelli

Luogo e data Firma

Il/La Sig./raPADRE del/la minore

.....

nato/a a.....il ____/____/____

e residente a

in via..... n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista 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 Sarah Bressanelli

Luogo e data Firma

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA
