

**Modulistica unica per  
la prestazione professionale psicologica**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ identificata mediante documento:  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ identificato mediante documento:  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in quanto genitori del/della minore \_\_\_\_\_

oppure

in quanto tutori del/della minore \_\_\_\_\_ in ragione di (indicare  
provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

affidandosi alla dott.ssa Monica Galassini, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia con il n° 9951, assicurata con Polizza RC professionale e contattabile per email al seguente indirizzo: [monica.galassini@ascappenninoreggiano.it](mailto:monica.galassini@ascappenninoreggiano.it)

è informata/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- la prestazione offerta riguarda una consulenza psicologica volta ad un: supporto psicologico / consulenza psicoeducativa;
- la prestazione è da considerarsi ordinaria, in quanto non si rende necessaria la collaborazione con altri professionisti;
- la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
- per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato principalmente lo strumento del colloquio;
- Il colloquio potrà essere svolto anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione attraverso la piattaforma Meet all'interno dei locali della scuola. Durante le consulenze online non saranno presenti terzi non visibili nella stanza e i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati. In caso di sopravvenuta impossibilità nel rispettare l'appuntamento fissato, quanto questo sia tenga presso la scuola, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia ai referenti della Scuola con almeno 48 ore di anticipo.

Per la prestazione svolte all'interno del progetto di sostegno del Servizio Psicopedagogico che opera nella rete delle scuole in collaborazione con il Servizio Socioeducativo associato ai comuni dell'Unione Montana non è richiesto alcune compenso professionale.

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla sopra indicata.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma del Professionista: Dott.ssa Monica Galassini*