

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

La sottoscritta dott.ssa Madotta Emanuela Maria Antonietta, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia n. 685 sez. A informa che:

- Lo sportello di ascolto rivolto agli alunni frequentanti le Scuole secondarie di primo Grado dell'Istituto Comprensivo Roiano-Gretta/Margherita Hack è finalizzato al benessere e alla prevenzione del disagio
- Le prestazioni verranno fornite presso le sedi frequentate dagli alunni in orario scolastico previo appuntamento richiesto via mail all'indirizzo [emadotta@hotmail.com](mailto:emadotta@hotmail.com)
- Si considera implicita la sua connotazione non terapeutica; se dovessero essere individuate delle problematiche che necessitano un approfondimento, verrà suggerito ai genitori il percorso più opportuno tenendo conto dei servizi del territorio
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
- I dati personali e sensibili 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 (ex art.13 del Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Per accedere allo sportello è necessario che entrambi i genitori sottoscrivano il seguente consenso che andrà consegnato alla psicologa dal figlio/a unitamente alle copie dei documenti di riconoscimento in corso di validità

La Sig.ra..... madre del minore.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a.....  
in via/piazza.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. Ssa Madotta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minore.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a.....  
in via/piazza.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. Ssa Madotta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Firma del professionista