



## **ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASIAN DI PRATO**

Via Leonardo da Vinci, 23 - 33037 Pasion di Prato (UD) tel. 0432 699954

e-mail: [udic856004@istruzione.it](mailto:udic856004@istruzione.it) - pec: [udic856004@pec.istruzione.it](mailto:udic856004@pec.istruzione.it)

Codice meccanografico UDIC856004 - sito web: <https://icpasiandiprato.edu.it/>

Codice IPA istisc\_udic856004 – Codice univoco fatturazione UFJTH9

A Tutti i genitori/ Tutori degli alunni  
dell'I.C di Pasion di Prato

LORO SEDI

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

#### **SCOLASTICO RIVOLTE AD ALUNNI**

Si informano le SS.VV. che, presso la Scuola Secondaria di primo grado "G.D. Bertoli" dell'Istituto Comprensivo di Pasion di Prato verrà riattivato lo **SPORTELLLO D' ASCOLTO** con lo psicologo **MICHELE MANNINO**.

L'esperto sarà a disposizione di studenti, famiglie e docenti che desiderino un confronto per il quale è previsto il segreto professionale a tutela della privacy.

Il servizio offre una consultazione psicologica breve finalizzata a ri-orientare alunni e famiglie in difficoltà, con un intervento volto all'inquadramento precoce del problema, alla condivisione di strategie per una migliore gestione dello stesso. Lo Sportello d'Ascolto non si delinea come un percorso psicoterapico.

Lo psicologo, su richiesta degli insegnanti, potrà anche organizzare dei laboratori rivolti all'intero gruppo classe, a proposito di tematiche, quali: creazione di un clima relazionale positivo basato su empatia e prosocialità (identificando nuovi modi per sentirsi vicini); alfabetizzazione emozionale ecc.

Lo psicologo Dott. Michele Mannino prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto Comprensivo ha fornito le seguenti informazioni:

- ✓ Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologifvg.it](http://www.ordinepsicologifvg.it):
- ✓ 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 (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

**UDIC856004 - A48417E - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000523 - 19/01/2026 - I.1 - E**

Per accedere al servizio: è necessario compilare il modulo di consenso informato e riconsegnarlo ai docenti di classe entro **sabato 24 gennaio 2026**

S' invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del modulo che verrà consegnato in forma cartacea prima di sottoscriverlo.

Si ringrazia sentitamente per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
dott.ssa Loredana Giudice

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....

..... 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 dal dott. Michele Mannino presso lo Sportello d' ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

**MINORENNI**

Il Sig. .... padre del minorenn.....

..... nato 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 dal dott. Michele Mannino presso lo Sportello d' ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**La ..... Sig.ra/Il ..... Sig.....nata/o  
a..... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento,  
Autorità ..... emanante, ..... data ..... numero)

..... 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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Michele Mannino presso lo Sportello d' ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore