

# **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(Informativa ai sensi dell'articolo 13, decreto legislativo n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs. n.101/2018)**

La sottoscritta Dott.ssa Sara Ferrari, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/7544

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Educando Statale "Emanuela Setti Carraro dalla Chiesa" di Milano, fornisce le seguenti informazioni:

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica gratuita finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- lo strumento di conoscenza principale di cui si avvale la consulenza è il colloquio psicologico;
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è disponibile su richiesta;
- le prestazioni saranno rese presso l'Educando Statale "Emanuela Setti Carraro dalla Chiesa" nell'aula appositamente destinata allo sportello di ascolto e la durata ed il numero dei colloqui saranno concordate liberamente tra la Psicologa e gli alunni in base alla necessità rilevata (durata indicativa 30/45 minuti per incontro);
- la prenotazione per la consulenza sarà richiesta tramite e-mail alla dott.ssa Sara Ferrari su account istituzionale [ferrari@setticarraro.edu.it](mailto:ferrari@setticarraro.edu.it);
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale (art.11 Codice Deontologico degli Psicologi), 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.

## **PER MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente frequentante la classe \_\_\_\_\_/l'insegnante/ Il genitore

(indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Ferrari Sara presso lo Sportello di ascolto.

Il presente consenso viene espresso per tutta la durata del percorso scolastico della persona che richiede la consulenza, durante il quale l'incarico in qualità di Psicologa sarà gestito dalla Dott.ssa Ferrari Sara, salvo diversa indicazione.

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

Firma \_\_\_\_\_

## PER MINORENNI

**(da compilare da parte dei GENITORI o TUTORI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE)**

Il sig. \_\_\_\_\_ padre/tutore del minore \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ nato 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 dalla dott.ssa Sara Ferrari presso lo Sportello di ascolto. Il presente consenso viene espresso per tutta la durata del percorso scolastico del/della minore, durante il quale l'incarico in qualità di Psicologa sarà gestito dalla Dott.ssa Ferrari Sara, salvo diversa indicazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del PADRE \_\_\_\_\_

La sig.ra \_\_\_\_\_ madre/tutore del minore \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ 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 dalla dott.ssa Sara Ferrari presso lo Sportello di ascolto. Il presente consenso viene espresso per tutta la durata del percorso scolastico del/della minore, durante il quale l'incarico in qualità di Psicologa sarà gestito dalla Dott.ssa Ferrari Sara, salvo diversa indicazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della MADRE \_\_\_\_\_

*Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori.*

*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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*