

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO**  
**SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**  
**ON LIFE**  
**ISTITUTO MANZONI RAYNERI , TORINO**

La sottoscritta Dott.ssa Mariagrazia Piccolo, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 10918,

con studio in Corso Regina Margherita68, 10124 Torino, tel 3393255496, mariagrazia.piccolo@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Manzoni Rayneri di Torino fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'Istituto Manzoni Rayneri di Corso Marconi a Torino,
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento: colloquio
  - b) modalità organizzative: lo sportello sarà attivo, previa prenotazione (che può avvenire via mail o whatsapp), il venerdì mattina
  - c) scopi : sostenere il benessere emotivo e relazionale degli studenti, agevolare il dialogo scuola – famiglia, migliorare il rapporto tra compagno di classe.
  - d) rete: lo sportello raccoglie un bisogno e laddove necessario può suggerire punti rete territoriali per un lavoro terapeutico più profondo.
  - e) durata delle attività: ogni colloquio ha durata di un'ora circa.
- 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.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)
- I dati personali e particolari 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 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.***

**La Professionista**

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_  
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 dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Tutore del minore \_\_\_\_\_ in ragione di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)  
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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_