

**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
- 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 _____