



Società Cooperativa Sociale

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Elisabetta Sioli prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'istituto comprensivo Carducci di San Vittore Olona, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la scuola secondaria Leopardi;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

**Tipologia d'intervento:** colloqui individuali di consulenza psicologica rivolto agli alunni della scuola secondaria di primo grado e docenti;

**Modalità organizzative:** su richiesta di appuntamento (sioli.elisabetta@iccarducci.it) in presenza in un'aula adibita al ricevimento in orario scolastico e in modalità online attraverso la piattaforma Google Meet;

**Scopi:** rispondere alle richieste di assistenza psicologica derivanti dai possibili disagi psico-emotivi legati a fatiche legate all'età, difficoltà scolastiche o di relazione con i pari, docenti o adulti di riferimento;

**Limiti:** colloqui di sostegno senza alcuna finalità terapeutica (consulenza psicologica).;

**Durata delle attività:** ogni studente potrà usufruire di quattro colloqui massimo;

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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**Il Professionista (firma).....**

**Fides Società Cooperativa Sociale** Sede Operativa Via della Vittoria, 49 - 20025 Legnano (MI)  
Sede Legale Via Gioberti, 42 - 20025 Legnano (MI) - Tel. 0331 848418 - Fax 0331 848418  
e-mail [info@coopfides.com](mailto:info@coopfides.com) pec [fides@lamiapec.it](mailto:fides@lamiapec.it)

C.F. e P.I. 07775050961 - Iscrizione albo nazionale coop. sociali n.A219071; Iscrizione albo regionale coop. sociali n.1532



Società Cooperativa Sociale

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....  
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. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....  
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. ....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 minorenni.....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. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

**Fides Società Cooperativa Sociale** Sede Operativa Via della Vittoria, 49 - 20025 Legnano (MI)  
Sede Legale Via Gioberti, 42 - 20025 Legnano (MI) - Tel. 0331 848418 - Fax 0331 848418  
e-mail [info@coopfides.com](mailto:info@coopfides.com) pec [fides@lamiapec.it](mailto:fides@lamiapec.it)

C.F. e P.I. 07775050961 - Iscrizione albo nazionale coop. sociali n.A219071; Iscrizione albo regionale coop. sociali n.1532

