

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

La sottoscritta dott.ssa Valentina Di Rago, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19785, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Comprensivo Giovanni Paolo II di Roma nella sede di Via Mascardi per gli alunni della Scuola Secondaria di I grado.

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

- (a) tipologia d'intervento: Colloquio psicologico;
- (b) scopi: Fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie;
- (c) durata delle attività: L'intervento prevede un massimo di n° 3 incontri della durata di 30 minuti.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online 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)** 

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

**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 dalla dott.ssa Di Rago Valentina 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 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 Di Rago Valentina 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 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 Di Rago Valentina presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data  
Firma del tutore