

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO CON LO PSICOLOGO SCOLASTICO

Lo Sportello d'Ascolto costituisce uno spazio volto ad accogliere e supportare gli studenti nell'affrontare i loro dubbi, disagi, la loro crescita ed è tenuto presso l'Istituto Comprensivo 1 Intercomunale Ravenna-Cervia dalla Dott.ssa **Oriana Candotti**, Psicologa-Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, matricola 5710 A, email istituzionale: [psicologacandotti@icintercomunale1.it](mailto:psicologacandotti@icintercomunale1.it)

Gli studenti della scuola secondaria potranno accedere allo sportello d'ascolto nell'orario mattutino, in presenza, facendo richiesta spontanea con bigliettino da inserire nelle scatole presenti a scuola o prenotandosi via mail, indicando nome, cognome e la classe di appartenenza.

Sottoscrivere il consenso per i propri figli non implica nessun obbligo di usufruire del Servizio, è un vincolo di legge richiesto per i minori.

Inoltre lo sportello d'ascolto prevede incontri di consulenza per genitori e insegnanti. I colloqui con genitori e insegnanti si svolgeranno a distanza, tramite Meet o altra piattaforma e potranno essere prenotati facendo riferimento alla mail della professionista, esplicitando la richiesta di colloquio.

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, sempre 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, reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it).

---

### CONSENSO DEI GENITORI

---

---

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_

---

classe frequentata \_\_\_\_\_

---

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 allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Oriana Candotti.

---

---

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 allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott. ssa Oriana Candotti.

---

---

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

---