

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI PRESSO LO  
SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO C.I.C. (CENTRO INFORMAZIONE E  
CONSULENZA)**

**Progetto “Scuola: informare, accogliere e motivare” - DDP Area Vasta n.2 (Ancona)**

La sottoscritta Dott.ssa **Giulia Tassotti**, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta/o all’Ordine degli Psicologi e delle Psicologhe delle Marche n. **2096**, [giulia.tassotti@gmail.com](mailto:giulia.tassotti@gmail.com), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l’I.I.S. “**P. Cuppari – S. Salvati**”, Jesi fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede di **Via Ugo La Malfa, n. 36 Jesi** e/o (sulla base delle norme anti-covid e dell’andamento della pandemia) nella modalità online tramite la piattaforma dell’Istituto scolastico
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento: sportello di ascolto
  - b) modalità organizzative: accesso presso l’aula del C.I.C.
  - c) scopi: aiuto psicologico (ascolto e sostegno)
  - d) durata delle attività: 30/40 minuti
- 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.
- In particolare, nel caso di studenti maggiorenni e minorenni, il professionista, per consentire agli stessi la partecipazione allo sportello, potrà tuttavia fornire all’istituzione scolastica (dirigente/referenti docenti/docenti in servizio nell’orario dello sportello) dati (ad esempio iniziali nome e cognome) relativi ai nominativi dei soggetti interessati che non ne consentano in ogni caso l'identificazione.
- In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l’esistenza delle stesse.
- *Il professionista in alcuni casi specifici* potrà, tuttavia, condividere alcune informazioni, come da accordi intercorsi con l’istituzione scolastica, se opportuno, doveroso e/o necessario e se la situazione lo richiede, al fine di supportare e aiutare la/lo studente nei limiti di quanto strettamente indispensabile allo svolgimento del servizio, nell’ottica della massima tutela psicologica della persona interessata

**COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore/il collaboratore scolastico o assistente tecnico \_\_\_\_\_ 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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Giulia Tassotti** presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi in presenza e/o a distanza (piattaforma online).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**E' richiesta la firma di entrambi i genitori:**

**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 dalla **dott.ssa Giulia Tassotti** presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi in presenza e/o a distanza (piattaforma online).

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 Giulia Tassotti** presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi in presenza e/o a distanza (piattaforma online).

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 Giulia Tassotti** presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi in presenza e/o a distanza (piattaforma online).

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

**La/Il Professionista (firma)**