

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

La sottoscritta Dott.ssa Alessia Di Lellis, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 23758, con indirizzo email [psicologoscolasticoanguillara@gmail.com](mailto:psicologoscolasticoanguillara@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali, relative allo Sportello di Ascolto, istituito presso l'Istituto Comprensivo San Francesco, Anguillara (RM), fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'Istituto Comprensivo San Francesco, sito in via di San Francesco 271, Anguillara (RM).
- Laddove necessario, esclusivamente per genitori e docenti, le prestazioni potranno essere svolte anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza. In tal caso, verrà utilizzato lo strumento di Google Meet, garantendo la sicurezza e la riservatezza del setting. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza, nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello Sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) Tipologia d'intervento: consulenza e supporto individuali, rivolto ad alunni, famiglie e personale scolastico e, in base alle specifiche situazioni emergenti, interventi ad hoc di formazione/informazione, con gruppi classe, docenti e genitori.
  - b) Modalità organizzative: lo Sportello di Ascolto sarà attivo durante l'orario scolastico nelle mattinate del venerdì, con cadenza quindicinale.
  - c) Scopi:
    - Fornire ai ragazzi uno spazio per parlare di sé, aiutandoli a percepirsi come individui dotati di competenze, stimolando l'empowerment delle

loro capacità emotive e sociali, e sostenendoli in situazioni di difficoltà, dubbio o disagio.

- Offrire agli insegnanti, anche in piccolo gruppo, uno spazio di confronto, supporto e supervisione su questioni relative ai singoli alunni o al gruppo classe.
  - Fornire ai genitori uno spazio di confronto e consulenza, rispetto alla genitorialità, e di sostegno e orientamento, per rispondere ai disagi psicofisici.
  - Formare ed informare studenti, docenti e genitori su tematiche ad hoc, in base alle specifiche situazioni emergenti.
- 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.ordinepsicologier.it](http://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.***

**Il Professionista (firma)**



**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE SOLO IL RIQUADRO**

**APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore  
\_\_\_\_\_ 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 Alessia Di Lellis, presso lo Sportello di Ascolto.

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

Firma \_\_\_\_\_

**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 Alessia Di Lellis, 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 Alessia Di Lellis, 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 Alessia Di Lellis, presso lo Sportello di Ascolto.

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