

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO ANNO 2023/2024**

La sottoscritta Dott.ssa Elisa Rega, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 21733, n. Telefono 3403837595, Mail [psicologaelisarega@gmail.com](mailto:psicologaelisarega@gmail.com), PEC: [elisa.rega@psypec.it](mailto:elisa.rega@psypec.it),  
prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Mantova 1, fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'istituto Comprensivo Mantova 1, sede Scuola Secondaria di primo grado L.B. Alberti (Piazza Seminario, 4 - 46100 Mantova);
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento: attività di SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO, attraverso colloqui individuali o di gruppo, rivolti a studenti, docenti e genitori;
  - b) Scopo: sostegno e prevenzione in ambito psicologico attraverso colloqui individuali o di gruppo, rivolti a studenti, docenti, personale scolastico e genitori ove richiesta e indicata necessità, con *possibile* post indicazione di rivolgersi ad altri servizi presenti sul territorio;
  - c) durata delle attività: lo sportello d'ascolto sarà attivo da marzo 2024 a giugno 2024. La durata dei singoli colloqui potrà variare a seconda dei singoli casi.
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare 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.
- Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Sarà suo diritto accedere ai dati, richiesta di rettifica, di opposizione al trattamento o revoca del consenso. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) .

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

**La/Il Professionista**

  
\_\_\_\_\_

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

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 Elisa Rega presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

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

Firma \_\_\_\_\_

**MINORENNI**

• La Sig.ra/ il Sig.re \_\_\_\_\_  
madre/padre del minore \_\_\_\_\_  
nata/o 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 Elisa Rega presso lo Sportello di ascolto scolastico.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre/padre \_\_\_\_\_

• La Sig.ra/ il Sig.re \_\_\_\_\_  
madre/padre del minore \_\_\_\_\_  
nata/o 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 Elisa Rega presso lo Sportello di ascolto scolastico.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre/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 Elisa Rega presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

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