

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO SCOLASTICO

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

La sottoscritta dott.ssa Simona Mollica, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia n. 7858 – A, prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola IV Istituto Comprensivo S. Quasimodo, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede centrale del IV Istituto Comprensivo "S. Quasimodo"

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento

- **Incontro individuale**

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 <https://www.oprs.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.

La Professionista.....

### **MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ **madre del minore** \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ 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 Simona Mollica presso lo Sportello di ascolto.

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

Il Sig. \_\_\_\_\_ **padre del minore** \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ 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 Simona Mollica presso lo Sportello di ascolto.

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