



---

## **Oggetto: Modulo di consenso informato – Sportello di ascolto psicologico**

**Istituto Comprensivo G. Carducci**

**Professionista incaricato:** Dott. Simone Mazza

**Iscrizione Albo degli Psicologi della Regione:** Lombardia n  26312

### **1. Oggetto del Servizio**

Lo sportello di ascolto   un servizio di consulenza psicologica a breve termine rivolto agli studenti. Non si configura come un percorso psicoterapeutico, ma come uno spazio di ascolto, supporto e orientamento volto a promuovere il benessere scolastico, prevenire il disagio e favorire la capacit  di scelta e di autostima degli alunni.

### **2. Modalit  di svolgimento**

Il servizio prevede colloqui individuali (solitamente da 1 a 3 incontri) che si terranno in orario scolastico, in locali idonei a garantire la riservatezza. L'accesso allo sportello   volontario.

### **3. Segreto Professionale e Riservatezza**

Il contenuto dei colloqui   protetto dal **segreto professionale** (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi). Lo psicologo non pu  rivelare a terzi (docenti o genitori) quanto emerso, a meno che non ricorrano gravi motivi di pericolo per la vita o la salute psicofisica del minore o di terzi. In tal caso, il professionista valuter  la necessit  di coinvolgere i genitori o le autorit  competenti.

### **4. Trattamento dei dati personali (GDPR)**

I dati personali e sensibili raccolti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il titolare del trattamento   Cooperativa ACCENTO. I dati verranno utilizzati esclusivamente per finalit  legate all'erogazione del servizio e conservati per il tempo previsto dalla legge.



**ACCENTO**  
COOPERATIVA SOCIALE



UNI 11034:2003  
ICS-0124-01  
UNI EN ISO 9001:2015  
IQ-0124-05  
UNIPPR 125:2022  
IPDR-1223-04  
UNI EN ISO 45001:2023  
IS-1224-08  
UNI EN ISO 14001:2015  
IE-1224-09

## AUTORIZZAZIONE E FIRMA

I sottoscritti: Padre/Tutore (Nome e Cognome):

\_\_\_\_\_

Madre/Tutore (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a: Nome e Cognome:

\_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Sez: \_\_\_\_\_

## DICHIARANO

- di essere stati informati sulle finalità e le modalità del servizio;
- di **ACCONSENTIRE** alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a ai colloqui di supporto psicologico presso lo sportello d'ascolto scolastico;
- di aver preso visione dell'informativa privacy.

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Firma della Madre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Nota importante sulla firma singola (Autocertificazione)

*Qualora la firma sia di un solo genitore, è necessario barrare e firmare la seguente clausola: [ ]*

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (Artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile), che impongono il consenso di entrambi i genitori.

Firma: \_\_\_\_\_