



Ministero dell'Istruzione - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**I.C. Albano - Loc. Cecchina**  
**Scuole Infanzia, Primaria e Secondaria di primo Grado**

Piazza XXV Aprile snc 00041 Albano Laziale (RM) Tel./Fax 06.9340133

**CONSENSO INFORMATO**

**PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

Il sottoscritto dott. Giuseppe Andrea Messina, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 22471, [OMISSIS] prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto Comprensivo "Albano Loc. Cecchina" fornisce le seguenti informazioni.

**Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Comprensivo, nelle classi, presso l'aula dello Sportello di ascolto, in modalità online via Google Meet**

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- A. tipologia d'intervento: consulenza psicologica a minori, insegnanti, professori, personale ATA, genitori; screening dei disturbi dell'apprendimento e dell'età evolutiva attraverso somministrazione di test;
- B. modalità organizzative: saranno concordate di volta in volta mediante appuntamento da fissare con lo psicologo;
- C. scopi: supportare gli alunni, gli insegnanti, le famiglie, in un periodo di emergenza pandemica;
- D. limiti: le attività hanno il solo fine di consulenza e non configurano prestazioni terapeutiche;
- E. durata delle attività: la durata sarà definita di volta in volta in accordo con il Dirigente, sicuramente per l'anno scolastico 2021/2022;

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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La Sig.ra .....madre del minorenne.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a..... in  
via/piazza..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui  
sopra riportato e decide con piena consapevolezza di:

- prestare
- non prestare

il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Giuseppe Andrea Messina presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il sig. .... padre del minorenne. .... nata  
a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a..... in via/piazza  
..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e  
decide con piena consapevolezza di:

- prestare
- non prestare

il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Giuseppe Andrea Messina presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre