

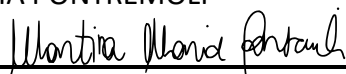
## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta Dott.ssa MARTINA MARIA PONTREMOLI, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n.22948 (tel.: 3481753868; e-mail: [dott.pontremoli@scuolasantambrogio.it](mailto:dott.pontremoli@scuolasantambrogio.it); sito web: [www.psicologoalegnano.it](http://www.psicologoalegnano.it)), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo **Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica** presso la Scuola Media Parrocchiale Sant'Ambrogio di Parabiago (MI), fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la Scuola Media Parrocchiale Sant'Ambrogio di Parabiago (MI).
- Le attività dello Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica saranno organizzate come di seguito:
  - a. tipologia di intervento: supporto psicologico;
  - b. modalità organizzative: **studenti e genitori possono accedere allo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica previa prenotazione**, inviando una e-mail al seguente indirizzo: **dott.pontremoli@scuolasantambrogio.it**; **per l'accesso degli studenti allo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica è necessaria l'autorizzazione da parte di entrambi i genitori**;
  - c. finalità: creare uno spazio di ascolto attivo, far emergere e promuovere risorse personali e relazionali, prevenire situazioni di disagio e sofferenza e il rischio di comportamenti problematici;
  - d. durata delle attività: Anno Scolastico: 2022-2023. Da Ottobre 2022 a Maggio 2023. Per gli **studenti: lunedì dalle 9.00 alle 12.00**. Per i **genitori: lunedì dalle 14.00 alle 16.30**.
- La Professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo: [www.opl.it](http://www.opl.it)
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica, 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.**

La Professionista MARTINA MARIA PONTREMOLI



---

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del/della minore \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa MARTINA MARIA PONTREMOLI presso lo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica.
- NON** prestare il proprio consenso.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del/della minore \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa MARTINA MARIA PONTREMOLI presso lo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica.
- NON** prestare il proprio consenso.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
tutore del/della minore \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ in ragione  
di \_\_\_\_\_ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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/la minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa MARTINA MARIA PONTREMOLI presso lo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica.
- NON** prestare il proprio consenso.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_