



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

LICEO SCIENTIFICO STATALE "**BRUNO TOUSCHEK**"

00046 GROTTAFERRATA (Roma) - Viale Kennedy, snc

Tel. 06 121127785/6 e-mail: [rmps31000p@istruzione.it](mailto:rmps31000p@istruzione.it) - [rmps31000p@pec.istruzione.it](mailto:rmps31000p@pec.istruzione.it)

Cod. meccanografico: RMPS31000P - Cod. Fisc. 84001300585 - Codice Univoco Ufficio: UF803N

sito web [www.liceotouschek.edu.it](http://www.liceotouschek.edu.it)

---

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

La sottoscritta Dott.ssa Gaia Del Negro, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n 28259, comunica che le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto verranno svolte presso il Liceo scientifico "Bruno Touschek".

Il servizio di Sportello d'Ascolto è messo a disposizione di tutti gli studenti, genitori, docenti e personale scolastico. E' uno spazio di ascolto attivo e di supporto che si pone l'obiettivo di migliorare il benessere dell'individuo, di potenziare le risorse individuali, di prevenire il disagio scolastico e gestire, con opportune strategie, i possibili momenti di difficoltà personale, sociale, scolastica e relazionale. Le tipologie di intervento possono essere eseguite sottoforma di colloqui individuale o di gruppo ma anche di attività e osservazione in classe.

Il Servizio non è un intervento psicoterapeutico, bensì un supporto psicologico e di orientamento verso il benessere individuale.

È possibile richiedere un incontro previa prenotazione e consenso informato deliberatamente compilato e firmato dai genitori/tutori legali per i minorenni. I maggiorenni possono sottoscrivere il consenso personalmente.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online sul sito [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it). I dati personali e sensibili della persona, 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.

**Dott.ssa Gaia Del Negro**

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

### **MAGGIORENNI**

Studente/studentessa/genitore/docente/personale scolastico..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Gaia Del Negro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Gaia Del Negro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorenn.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Gaia Del Negro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Il/ Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Firma genitore

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Gaia Del Negro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore