



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
Istituto Comprensivo "ANTONIO DE CURTIS"  
Via Della Tenuta di Torrenova, 130 - 00133 ROMA  
Tel. 06.2022705 C.M.: RMIC85200L Cod. Fisc. 97020470585  
[✉rmic85200l@istruzione.it](mailto:rmic85200l@istruzione.it) [✉rmic85200l@pec.istruzione.it](mailto:rmic85200l@pec.istruzione.it)  
<https://www.icdecurtis.edu.it>

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

La sottoscritta **Dott.ssa Annalisa D'Agostino** Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio **n.10448** recapito telefonico 06/2022705 [rmic85200l@istruzione.it](mailto:rmic85200l@istruzione.it) [sportelloascolto@icdecurtis.edu.it](mailto:sportelloascolto@icdecurtis.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico **I.C. Antonio De Curtis in arte Totò** fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso i plessi dell'I.C. Antonio De Curtis in arte Totò:
  1. **GALILEO GALILEI** Primaria via della Tenuta di Torrenova, 128
  2. **AURELIO POZZI** Primaria e Infanzia via Casilina ,1374
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento **Google di Meet** da remoto nel rispetto della *sicurezza e riservatezza del setting*. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento: Analisi dei bisogni-Sostegno psicologico -Orientamento
  - b) modalità organizzative: 2 volte in presenza e 2 volte on line
  - c) scopi : Benessere degli alunni, famiglie e del personale scolastico
  - d) durata delle attività 30/06/2025
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologi.it](http://www.ordinepsicologi.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.

- **Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo**

**prima di sottoscriverlo.**

**La Professionista (firma).....**

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ il Personale scolastico/ Il genitore

C.F. \_\_\_\_\_

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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

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 dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_

nato 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 dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

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

Tutore del minore \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ in ragione di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_