

**MODULO CONSENSO INFORMATO  
DEI GENITORI PER PRESTAZIONI A MINORI**

Io sottoscritto (padre) sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Documento di Identità N \_\_\_\_\_

Io sottoscritta (madre) sig.ra

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

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Documento di Identità N \_\_\_\_\_

prima di ottenere prestazioni professionali di tipo psicologico da parte della dottoressa Giampaglia Raffaella in favore del minore \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso

il plesso \_\_\_\_\_

**Sono stato informato sui seguenti punti:**

- la prestazione che verrà resa è una prestazione di Servizio di sportello Psicologico scolastico, effettuata dalla dottoressa Giampaglia Raffaella, psicologa-psicoterapeuta iscritta all'ordine degli psicologi della Campania n° 1923;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione il sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio psicologico e se richiesto interventi sul gruppo classe;
- in qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela del paziente, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso alle fonti e al materiale;
- il servizio è rivolto ai ragazzi e ai genitori dei ragazzi iscritti all' I.C. 4 Sulmona-Catullo-Salesiane;
- le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione.

- Per la prenotazione inviare email alla dott.ssa Giampaglia Raffaella al seguente indirizzo [giampaglia@mcind.it](mailto:giampaglia@mcind.it) allegando al presente modulo firmato da entrambi i genitori i rispettivi documenti di riconoscimento. Si riceverà una email di risposta con indicazioni del giorno e dell'orario dell'appuntamento.

Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del Minore \_\_\_\_\_, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a fruisca della prestazione.

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

Firma padre leggibile \_\_\_\_\_

Firma madre leggibile \_\_\_\_\_

**SPORTELLLO D'ASCOLTO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO 4 SULMONA-CATULLO -SALESIANE**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili  
(Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)**

Il sottoscritto.....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... Via.....n.....  
in qualità di padre di .....  
nato/a a ..... il ..... frequentante la  
classe..... sez ..... ordine di scuola .....  
del Plesso.....

e

La sottoscritta .....  
nata a ..... il .....  
residente a ..... Via.....n.....  
in qualità di madre di .....  
nato/a a ..... il ..... frequentante la  
classe..... sez ..... ordine di scuola .....  
del Plesso.....

**AUTORIZZANO**

ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018** **ISTITUTO COMPRENSIVO 4  
SULMONA-CATULLO-SALESIANE** e la psicologa Dott.ssa Giampaglia Raffaella al  
trattamento dei dati personali e sensibili del proprio figlio\* che accede allo Sportello d'Ascolto, nei  
limiti e per le sole finalità dell'incarico conferito.

Data.....

Firma.....

Firma.....

\* I suddetti dati saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con  
modalità sia manuali sia informatiche.  
Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, l'integrità, l'accessibilità dei dati  
personali entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.