



**Istituto Comprensivo N.2 - scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado**  
Via Segantini, 31 – 40133 BOLOGNA - Tel. 051/312212 Fax 051 385297

Codice meccanografico: **BOIC812001** – codice fiscale: **91153220370** – indirizzo e-mail: [boic812001@istruzione.it](mailto:boic812001@istruzione.it)

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

In riferimento all’informativa sul progetto “Sportello d’ascolto”, circ. n°163 del 14 febbraio 2024 la sottoscritta dott.ssa Martina Corazza, psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’Emilia-Romagna n. 8359 sezione A, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Scolastico 2 di Bologna, fornisce le seguenti informazioni:

- **Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola Secondaria Zanotti dell’I.C. 2 di Bologna.**
- In caso di necessità, le **prestazioni potranno essere svolte anche attraverso l’uso di tecnologie di comunicazione a distanza** che consentono interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet, che consente la creazione di stanze private di colloquio (grazie alla creazione di un link univoco che preserva la riservatezza del setting). La comunicazione tramite strumento informato potrebbe essere ostacolata da difficoltà tecniche e resa più complessa dall’impoverimento dello scambio comunicativo non verbale. Tuttavia, sarà attenzione del professionista creare uno spazio di confronto che consenta l’attenzione e l’ascolto empatico di un intervento in presenza. 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.
- Per quanto riguarda le finalità, gli obiettivi specifici, le modalità organizzative e la tipologia di intervento si invita la persona a leggere **l’informativa del Progetto Sportello d’ascolto**, circ. n°163 del 14 febbraio 2024.
- 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.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.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

*Martina Corazza*

**CONSENSO INFORMATO per MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
madre / tutore del minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
padre / tutore del minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

Dichiarano di aver preso visione integrale del progetto illustrato nel PTOF, dell’Informativa del progetto circ. n°163 del 14 febbraio 2024 I, del regolamento sulla Privacy (pubblicati nel sito dell’Istituto) e di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari.

Per quanto riguarda i COLLOQUI INDIVIDUALI PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO, decidono con piena consapevolezza di:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

la partecipazione del proprio/a figlio/a alle attività proposte dal PROGETTO "SPORTELLO D'ASCOLTO" nel corso dell'anno scolastico 2022-2023, a cura della psicologa designata dalla scuola, dott.ssa Martina Corazza.

Per quanto riguarda le ATTIVITA' DI OSSERVAZIONE o gli INTERVENTI PSICOEDUCATIVI IN CLASSE, decidono con piena consapevolezza di:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

la partecipazione del proprio/a figlio/a alle attività proposte dal PROGETTO "SPORTELLO D'ASCOLTO" nel corso dell'anno scolastico 2022-2023 a cura della psicologa designata dalla scuola, dott.ssa Martina Corazza, sapendo che si realizzeranno attraverso:

- Osservazioni non partecipate in sezione da parte della psicologa incaricata del progetto;
- Interventi psicoeducativi in classe di prevenzione e potenziamento del benessere, tramite giochi, simulazioni, attivazioni in gruppo;

In conclusione, decidono di:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

la dottoressa Martina Corazza al trattamento dei dati personali del proprio/a figlio/figlia e all'invio alla Dirigente dell'Istituto Comprensivo 2 di una rendicontazione finale del progetto contenente i seguenti dati: Iniziali di Nome e Cognome e classe di quanti hanno usufruito del servizio, secondo i principi di minimizzazione e riservatezza del dato (art. 5 Reg. 2016/679).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

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

**Da compilare solo nel caso in cui uno degli esercenti la responsabilità genitoriale non sia raggiungibile**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, che i restanti esercenti la responsabilità genitoriale (Madre / Padre / Tutore) sono avvisati del contenuto della presente e concordano con il consenso e l'autorizzazione qui accordate dal sottoscritto/a.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Da compilare solo nel caso in cui ci sia uno solo genitore esercente la responsabilità genitoriale**

Io sottoscritto/a (Madre /Padre /Tutore) dichiaro inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere l'unico esercente della patria potestà del minore \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_