

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI  
ASCOLTO SCOLASTICO PRESSO IL "LICEO GINNASIO STATALE G.B. VICO" DI NAPOLI**

**MAGGIORENNI**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_,  
in qualità di studentessa/studente, insegnante, personale ATA, genitore,  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza del servizio di Sportello di Ascolto individuale, indirizzato a tutto il personale scolastico, agli alunni e alle loro famiglie, attivato dalla scuola e gestito da professionisti/e regolarmente iscritti all'Ordine degli Psicologi.

Sono consapevole e presto il consenso che i miei dati personali trattati all'interno dello Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, siano 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.

Dichiaro di essere altresì a conoscenza della possibilità che, durante l'anno scolastico, i/le professionisti/e effettueranno degli incontri presso le classi dell'Istituto, durante l'orario curricolare, come esplicitato nel PTOF.

I suddetti incontri avranno carattere informativo rispetto alla figura dello psicologo e avranno come oggetto attività di prevenzione e promozione del benessere.

Pertanto decido in piena consapevolezza di:

**PRESTARE**  **NEGARE** il consenso per avere la possibilità di accedere, in qualunque momento dell'anno, alle prestazioni professionali rese dalle esperte psicologhe presso lo Sportello di ascolto, così come pubblicato sul sito della scuola.

**PRESTARE**  **NEGARE** il consenso per la partecipazione alle attività formative programmate durante le ore curricolari. (barrare solo se studenti maggiorenni)

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