



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ALIGHIERI

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado

Via Coletti, 102 47921 RIMINI (RN) Tel. 0541/52082 - 0541/27037

Codice meccanografico RNIC81900V - fiscale 91143450400 – univoco UFOXFX

rnic81900v@istruzione.it – rnic81900v@pec.istruzione.it sito web www.icalighieri.edu.it



Prot. n° vedi segnatura

Rimini lì, vedi segnatura

Lo psicologo intestatario dello sportello d'ascolto e degli interventi presso questo istituto comprensivo, dott. Zavoli William, iscritto all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna n. 2881, zavoli.wiliam@icalighieri.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto istituito fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza per gli studenti e insegnanti, presso gli spazi della scuola in orario mattutino, nelle giornate e negli orari indicati nella circolare informativa.
- Per i genitori invece, i colloqui verranno svolti online.
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo 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 e a riconsegnarlo compilato al Docente coordinatore di classe.

Il Professionista WILLIAM ZAVOLI

Responsabile procedimento: D.S. Prof. Emanuele Pirrottina

Incaricato pratica: A.A. Cristina Ginghini

Percorso file: c:\users\cristina\desktop\anno scolastico 2024_25\sportello psicologico\consenso psicologo.doc

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

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata 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 dott. WILIAM ZAVOLI presso lo Sportello d'ascolto.

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 dott. WILIAM ZAVOLI presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
tutore del minore _____ 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 dott. WILIAM ZAVOLI presso lo Sportello di ascolto.