**

** **

**ISTITUTO COMPRENSIVO MONTEMARCIANO\_MARINA**

Via G.Marotti 26, 60018 MONTEMARCIANO (AN) tel. 071915239-fax 071915050

e-mail: [anic82300t@istruzione.it](mailto:anic82300t@istruzione.it), pec: [anic82300t@pec.istruzione.it](mailto:anic82300t@pec.istruzione.it)

c.f. 93084480420, codice univoco dell’Ufficio UFUQEM

[www.icmontemarciano.edu.it](http://www.icmontemarciano.edu.it)

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA ALL’INTERNO DEL PROGETTO PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO SCOLASTICO E PERCORSI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO**

La sottoscritta Dott.ssa Cristiana Frattesi, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi delle Marche n. 519, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto e gli interventi nelle classi delI’Istituto Comprensivo “Montemarciano” di Marina di Montemarciano (AN), fornisce le seguenti informazioni.

Le sportello di ascolto sarà attivato presso la sede di Marina e di Monte

Le attività si terranno in presenza o, in alternativa, da remoto, a seconda delle necessità e delle disposizioni vigenti.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita pertanto la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

***MAGGIORENNI (insegnanti, genitori, personale ATA...)***

Il/La Signor/a…………..…………………………………………………….. nata/o a……………..………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Cristiana Frattesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

I sottoscritti ………………………………………………………. (madre) e …………………………………………….……………..(padre)

del/la minore……………...…………………………………………. nata/o a...............……..……..………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………...........................................................……....................................................

in via/piazza ………...………………………….....................................................…..............................n.….…….............

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere allo Sportello di Ascolto presso l’Istituto Comprensivo di Montemarciano:

Firma della madre Firma del padre

……………..…………………… …………………………………….

Luogo e data…………………………...…...…….