

## **Allegato n. 2**

### **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

Il sottoscritto dott. Giuseppe Lo Dico, Psicologo Psicoterapeuta, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 12997, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo 'Marie Curie' di Meda (MB) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il liceo stesso in presenza o, a seconda dello sviluppo della situazione sanitaria attuale, in modalità online.

(a) tipologia d'intervento: lo studente avrà a disposizione 3 colloqui di 30 minuti ciascuno. Tali colloqui non si configurano come parte di un percorso di psicoterapia ma come supporto psicologico relativo a un problema specifico e contingente. Alla fine di tali colloqui, lo psicologo fornirà delle indicazioni su come affrontare le questioni portate

(b) modalità organizzative: sarà necessario scrivere una e-mail a questo indirizzo [parlascolta@liceomeda.it](mailto:parlascolta@liceomeda.it) per conoscere le disponibilità e fissare un colloquio

(c) durata del servizio: il servizio sarà attivo da gennaio 2022 a maggio 2022.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine della Lombardia al seguente indirizzo: <https://www.opl.it/public/files/945-codice-deontologico-finale-neutro.pdf>

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.

dott. Giuseppe Lo Dico  
*Psicologo Psicoterapeuta*

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal Dott. Giuseppe Lo Dico presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del  
minorenne.....  
nata 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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Giuseppe Lo Dico presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del  
minorenne.....  
nato 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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

*PERSONE SOTTO TUTELA*

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o

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 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. Giuseppe Lo Dico presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore