

**CONSENSO INFORMATO**  
**PER PRESTAZIONI DI SPORTELLO DI ASCOLTO A MINORI**  
*Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"*

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| M | La sottoscritta.....                 |
| A | nata a ..... il .....                |
| M | residente a ..... (città) C.AP. .... |
| M | indirizzo.....n.....                 |
| A | Cell ..... E-mail.....               |

|    |                                      |
|----|--------------------------------------|
| P  | Il sottoscritto.....                 |
| A  | nato a ..... il .....                |
| P  | residente a ..... (città) C.AP. .... |
| A' | indirizzo.....n.....                 |
|    | Cell ..... E-mail.....               |

affidandosi alla dott.ssa **LUCIA BAROLO** Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte, n. 4682 (mail: info@barololucia.eu, Mailpec lucia.barolo.110@psypec.it, cell. 339 3163133) per prestazioni professionali in favore del minore ..... nato a ..... il .....

esercenti la potestà genitoriale sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. La prestazione sarà resa sotto forma di SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO per alunni \* e insegnanti c/o la Scuola secondaria di primo grado dell'Istituto Comprensivo Statale "TROFARELLO" - VIA XXIV Maggio 48, 10028 Trofarello (TO)
2. ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, **saranno utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento** per la prevenzione del benessere psicologici, ossia il *colloquio*.
3. la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è possibile concordare da **1 a 3 incontri** per utente.

4. lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art.11 e 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).

5. Il servizio di Spazio di ascolto psicologico è **gratuito** per l'utente che ne usufruisce.

6. La dott.ssa **Lucia Barolo** nella qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 di seguito 'GDPR', con la presente La informa che la citata normativa prevede la tutela degli interessati rispetto al trattamento dei dati personali e che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

7. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo che elettronico, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

8. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

9. La dott.ssa **Lucia Barolo** è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta con Cassa Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani – CAMPI n. 500216747.

Il Sig. \_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_  
dichiarano di aver compreso quanto loro spiegato dal professionista e qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il/la figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della Dott.ssa Lucia Barolo come sopra descritte.

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

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

*Timbro e firma della/del Professionista*

\_\_\_\_\_ 