

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

La sottoscritta dott.ssa Simona Maria Orsenigo, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 6693, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo 'Marie Curie' di Meda (MB) fornisce le seguenti informazioni:

- (a) le prestazioni saranno rese presso il liceo "M. Curie" in presenza;
- (b) prima di accedere al servizio gli studenti maggiorenni o i genitori degli studenti minorenni dovranno presentare (o inviare tramite posta elettronica) in Segreteria il consenso informato firmato;
- (c) tipologia d'intervento: lo studente avrà a disposizione 3 colloqui di 40 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; tale supporto è volto all'identificazione di strategie adeguate per affrontare il problema, nell'ottica del benessere psicologico del destinatario.
- (d) modalità organizzative: sarà necessario scrivere una e-mail all'indirizzo [parlascolta@liceomeda.it](mailto:parlascolta@liceomeda.it) per conoscere le disponibilità e fissare un colloquio;
- (e) durata del servizio: il servizio sarà attivo da gennaio a giugno 2025.

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.ssa Simona M. Orsenigo  
Psicologa Psicoterapeuta

*MINORI SOTTO TUTELA*

Il Sig. /La Sig.ra .....

nata a..... il.....

e residente a .....

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

Tutore del minore.....

in ragione di (indicare provvedimento, autorità emanante, data numero)

.....

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 dalla dott.ssa S.M. Orsenigo presso lo Sportello di Ascolto.

*Luogo e data*

.....

*Firma del tutore*

.....