

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO 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 3/4 colloqui di 45 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 per conoscere le disponibilità e fissare un colloquio;
- e)** durata del servizio: il servizio sarà attivo da dicembre 2025 a maggio 2026.

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.sa Simona M. Orsenigo
Psicologa Psicoterapeuta

STUDENTI 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 dalla dott.ssa S.M. Orsenigo 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 dalla dott.ssa S.M Orsenigo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

_____, ____ / ____ / ____

Firma del padre
