

	Istituto Tecnico Economico Paritario “A. ZANARINI”	A.S. 2025/2026
---	--	---------------------------------

CONSENSO INFORMATO – SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO A SCUOLA

Psicologa referente: Dott.ssa Cristina Venturelli

Ordine professionale: Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna

Numero iscrizione all'Albo: 9377

1. Finalità del servizio

Lo sportello di ascolto psicologico è un servizio gratuito offerto dall'Istituto, gestito da uno psicologo regolarmente iscritto all'Albo professionale, finalizzato a:

- promuovere il benessere psicologico e relazionale degli studenti;
- offrire uno spazio di ascolto e consulenza per difficoltà personali, scolastiche o relazionali;
- favorire la prevenzione del disagio psicologico e il miglioramento del clima scolastico.

2. Modalità di svolgimento

Gli incontri si svolgono in orario scolastico, in un locale dedicato, nel rispetto della privacy e della riservatezza.

Ogni colloquio avrà una durata di circa 45 minuti.

Il numero degli incontri sarà concordato con lo studente e potrà variare in base alle necessità.

Per la prenotazione è sia possibile chiedere in segreteria che scrivere all'indirizzo sportello@scuolazanarini.it.

3. Riservatezza e trattamento dei dati personali

Tutte le informazioni raccolte durante i colloqui sono coperte da segreto professionale ai sensi del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e le informazioni verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003.

I dati saranno utilizzati esclusivamente per finalità legate al servizio psicologico e non

	Istituto Tecnico Economico Paritario “A. ZANARINI”	A.S. 2025/2026
---	--	---------------------------------

saranno comunicati a terzi senza il consenso dell’interessato (salvo nei casi previsti dalla legge).

4. Consenso dei genitori (per studenti minorenni)

Per accedere al servizio, è necessario il consenso informato di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Gli studenti maggiorenni possono accedere autonomamente.

5. Limiti del servizio

Lo sportello non sostituisce un percorso psicoterapeutico o di diagnosi clinica approfondita, ma offre uno spazio di ascolto, orientamento e sostegno.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
genitore di _____ (studente/a)
frequentante la classe _____ dell’Istituto _____

dichiara di aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili riguardo:

- le finalità e modalità del servizio psicologico scolastico;
- la gestione della privacy e la tutela dei dati personali;
- la possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato.

Esprime pertanto il consenso alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a allo sportello di ascolto psicologico gestito dallo psicologo scolastico indicato.

 Data _____

 Firma del genitore 1 _____

 Firma del genitore 2 _____

	Istituto Tecnico Economico Paritario "A. ZANARINI"	A.S. 2025/2026
---	--	---------------------------------

Per studenti maggiorenni

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara di aver ricevuto adeguata informazione e presta il proprio consenso a partecipare volontariamente agli incontri dello sportello di ascolto psicologico.

 Data _____

 Firma dello studente _____

Per uso interno

Ricevuto da: _____ (psicologo/a)

Data: _____

Firma: _____