



## I ISTITUTO COMPRENSIVO "VITTORIO VENETO" LENTINI

Via Piave s.n. Tel. 095 7832211 – 095 8133144

PEC: [src836008@pec.istruzione.it](mailto:src836008@pec.istruzione.it)

E-mail [src836008@istruzione.it](mailto:src836008@istruzione.it)

sito web: [www.vittoriovenetolentini.edu.it](http://www.vittoriovenetolentini.edu.it)

### Modulo unico per la prestazione professionale psicologica nel contesto scolastico

Il sottoscritto,

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_

La sottoscritta,

\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_

in relazione all'incarico professionale svolto dalla dott.ssa Rossi Tullia, psicologa psicoterapeuta, iscritta all'Albo Professionale degli Psicologi (SEZ. A) N° 10543 dell'Ordine degli Psicologi della

Tel. +39 3337295924

E-mail: \_\_\_\_\_

all'interno dell'Istituto Comprensivo "Vittorio Veneto" di Lentini (SR) per il periodo che va da dicembre 2023 a maggio 2024

sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e in particolare a quanto richiamato dall'Art. 31 rispetto al consenso a prestazioni professionali a soggetti minorenni;
2. la prestazione offerta riguarda attività di sportello d'ascolto, intervento in aula di natura formativa-preventiva.
3. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico, questionari.
4. contestualmente alla presente si autorizza, ai sensi dell'Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a riferire rispetto a informazioni apprese in ragione del rapporto professionale, quanto ritenuto strettamente necessario alla scuola, ai servizi competenti per territorio e/o a qualunque altra figura potrebbe essere pertinente al percorso;

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minorenni

\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_

avendo ricevuto informazioni adeguate in relazione alle modalità e caratteristiche dell'intervento psicologico declinato nel contesto scolastico

FORNISCONO IL CONSENSO

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

Firma 1 \_\_\_\_\_

Firma 2 \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento di identità di entrambi i genitori.