

**All. 1**

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO  
SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO  
(per studenti MINORENNI)**

La sottoscritta dott.ssa Angela Scarlata, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia, n. 2188/A prima di rendere le prestazioni professionali presso lo sportello di ascolto del Liceo Linguistico "Ninni Cassarà" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni mirano a fornire una consulenza per conseguire il miglioramento del benessere individuale e relazionale, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

Tali prestazioni potranno essere rese sia in modalità online sia in presenza - presso la sede centrale di via don Orione e la succursale di via G. Fattori.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio, sono coperti dal segreto professionale e saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

La dott.ssa Angela Scarlata è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto, questi saranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno resi anonimi irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Noi sottoscritti,

Sig.ra \_\_\_\_\_ e

Sig. \_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale (o tutoriale) del/la

minore \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dalla professionista qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il sunnominato minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Psicologa.

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_