

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI RELATIVE AL SERVIZIO DI  
SUPPORTO PSICOLOGICO DI ISTITUTO - A.S. 2025/2026 -**

La sottoscritta Dott.ssa Alessandra Grespan, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 12273, (riferimento di contatto: [alessandra.grespan@liceoduca.it](mailto:alessandra.grespan@liceoduca.it)), prima di rendere le prestazioni professionali relative al servizio di supporto psicologico e attività di monitoraggio/prevenzione del disagio scolastico, fornisce le seguenti informazioni.

- Il servizio ha come finalità la promozione del benessere e del successo formativo degli studenti.
- A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, il sostegno e la promozione del benessere in ambito psicologico.
- Le prestazioni non sono ascrivibili a un intervento clinico, non trattandosi di azioni che possano qualificarsi come “diagnosi” o “psicoterapia”.
- Gli strumenti di intervento considerano in colloqui individuali di sostegno psicologico
- In qualsiasi momento sarà possibile decidere di interrompere il rapporto con la professionista.
- Il servizio sarà svolto, previo appuntamento, su libera richiesta degli alunni o del personale scolastico che ne esplicitano necessità, seguendo le modalità indicate nel relativo comunicato.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line ([www.opl.it](http://www.opl.it)), in particolare al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza. Pertanto, i dati personali e sensibili dell'interessato saranno coperti dal segreto professionale nonché utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico.

La Professionista .....

## AUTORIZZAZIONE SERVIZIO DI SOSTEGNO PSICOLOGICO

**Visto e compreso quanto sopra indicato,**

i sottoscritti genitori (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

Nome .....	Nome .....
Cognome .....	Cognome .....
Nato/a il ...../...../..... a ....., in provincia di (.....), residente a .....Pr. .....	Nato/a il ...../...../..... a ....., in provincia di (.....), residente a .....Pr. .....
C.F.	C.F.

In qualità di genitori/tutore/tutrice legale del/della alunno/a

codice fiscale \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
scuola \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

di aver preso conoscenza del servizio di supporto psicologico di Istituto gestito dalla Psicologa, Dott.ssa Alessandra Grespan, avendo preso visione integrale dell'Informativa completa sulla Privacy e della finalità che questo servizio intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti.

### AUTORIZZANO

- La partecipazione del/la proprio/a figlio/a al servizio di supporto psicologico, di attività di monitoraggio/prevenzione del disagio scolastico

## **PRESTANO IL CONSENSO**

al trattamento dei dati sensibili ai sensi del G.D.P.R. (Regolamento UE 2016/679) vedi link di pubblicazione

[https://liceoduca.edu.it/wp-content/uploads/2024/04/Informativa\\_GDPR\\_consenso\\_servizio\\_di\\_supporto\\_psicologico.pdf](https://liceoduca.edu.it/wp-content/uploads/2024/04/Informativa_GDPR_consenso_servizio_di_supporto_psicologico.pdf)

SÌ

NO

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

PADRE/TUTORE \_\_\_\_\_

MADRE/TUTRICE \_\_\_\_\_

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria  
potestà/affidatari/tutori

**In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

FIRMA \_\_\_\_\_