Modulo di Consenso Informato supporto psicologico presso lo sportello d'ascolto

Il sottoscritto dott. Giulio Baldassi, psicologo psicoterapeuta, iscritto all'Albo degli Psicologi del Friuli-Venezia Giulia in data 23/03/2015 e con numero 1753, prima di rendere le prestazioni professionali in qualità di psicologo scolastico presso le sedi del Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera "Francesco Petrarca" di Trieste, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni psicologiche offerte presso lo sportello d'ascolto, per l'a. s. 2026-2027, sono rivolte alle studentesse, agli studenti, ai genitori e al personale docente o amministrativo, tecnico e ausiliario afferenti all'Istituto. Lo psicologo presente a scuola è un professionista che offre le sue competenze in uno spazio dedicato all'incontro e al confronto. Il servizio ha il fine di poter offrire una prima consulenza per accogliere eventuali difficoltà o situazioni di problematicità e darne un supporto. Il colloquio e gli interventi che si svolgono come sportello d'ascolto hanno fini di prevenzione del disagio psicologico o di promozione della salute psicologica e non sono quindi interventi a carattere psicodiagnostico o psicoterapeutico. Qualora ritenuto necessario, sarà cura dello psicologo orientare la persona verso le risorse e i servizi specifici e specialistici in materia presenti sul Territorio.

Lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso della persona o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge. Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è reperibile on-line sul sito dell'Ordine degli Psicologi del Friuli-Venezia Giulia al seguente indirizzo https://www.ordinepsicologifvg.it/. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al servizio qui in oggetto, 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.

Il Titolare del trattamento dei dati è il dott. Giulio Baldassi. I dati raccolti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse allo svolgimento del servizio di sportello d'ascolto e non saranno comunicati a terzi. Il consenso informato verrà digitalizzato e archiviato in formato elettronico, custodito in sistemi sicuri e protetti da password, nel pieno rispetto della normativa vigente. I dati saranno conservati per un periodo massimo di 5 anni dalla conclusione del servizio, salvo diversa disposizione normativa. L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione), nonché proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. Per qualsiasi chiarimento o ulteriore informazione sul trattamento dei dati è possibile contattare il dott. Giulio Baldassi all'indirizzo e-mail istituzionale giulio.baldassi@liceopetrarcats.it.

Per le sottoscrizioni della persona che usufruisce del servizio scegliere la sezione appropriata.

Modulo per studentesse e studenti minorenni

La sig.ra _____
nata a _____ il _____
residente a _____ (_____)
in Via _____ n._____
e-mail _____

Il sig. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ (_____)
in Via _____ n._____
e-mail _____

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutori (selezionare la voce) sul/sulla minore di nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ (_____)
in Via _____ n._____
frequentante la classe _____ del Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera "Francesco Petrarca",

dichiarano

di aver preso conoscenza delle attività dello sportello di ascolto e delle finalità dello stesso ed esprimono il proprio libero consenso in relazione a:

- l'accesso del/della minore alle prestazioni professionali rese dal dott. Giulio Baldassi presso il Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera "Francesco Petrarca" di Trieste.
- alla condivisione, qualora necessario, delle informazioni tra lo specialista e il corpo docente per la comprensione della/o studentessa/studente e per la promozione del suo benessere personale e scolastico (barrare la voce):

  AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO
- di essere consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data	Firma della madre/tutrice	Firma del padre/tutore
_____	_____	_____

Sono necessarie le firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori (firma unica in caso di esistenza di una sola figura esercente la patria potestà/affidatario/tutore).

Modulo per studentesse e studenti maggiorenni e genitori

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n. _____

in qualità di (selezionare una voce)

- o studente/studentessa maggiorenne frequentante la classe _____
- o genitore di uno/a studente/studentessa

dichiara

- di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso al fine di accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Giulio Baldassi presso il Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera "Francesco Petrarca" di Trieste,
- di essere consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____ Firma _____