

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. Karin Guccione, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Sicilia n. 2041

indirizzo e-mail: karin.guccione@umbertoprimo.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di psicologia scolastica istituito presso l'Istituto Scolastico Liceo classico Umberto I di Palermo fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno svolte prevedendo efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate seguendo i bisogni emergenti nella comunità scolastica e attivate in un dimensione individuale e/o gruppale.
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia. Nello stesso sito è possibile verificare le competenze certificate della dott.ssa Guccione, iscritta all'Ordine Sicilia con il numero 2041.
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di psicologia scolastica, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Ogni intervento individuale con un minore sarà effettuato nel pieno rispetto del codice deontologico, esclusivamente per la promozione del benessere e assicurando il pieno rispetto della funzione genitoriale.
- Nessun intervento su minore avverrà senza che sia stata espressa richiesta dallo stesso o dal genitore

La Dott.ssa Guccione autorizza il Liceo classico Umberto I alla diffusione del suo contatto telefonico 392 1526102 e del suo indirizzo email istituzionale karin.guccione@umbertoprimo.it.

Palermo, 22 settembre 2025

La Professionista

Dott.ssa Karin Guccione

(Documento firmato agli atti della scuola).

MODULO LIBERATORIA

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA VALORIZZARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

L'insegnante/Il genitore/l'alunno/ATA _____ nato/a a _____ il _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa Karin Guccione presso lo Sportello di psicologia scolastica mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e dà il proprio consenso.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere se lo desidera alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa Karin Guccione presso lo Sportello di psicologia scolastica mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e dà il proprio consenso.

Luogo e data _____

Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali se lo desidera rese dal/dalla dott./dott.ssa Karin Guccione presso lo Sportello di psicologia scolastica mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e dà il proprio consenso.

Luogo e data _____

Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/____
Tutore del minore _____ in ragione di _____
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa Karin Guccione presso lo Sportello di psicologia scolastica mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e dà il proprio consenso.

Luogo e data _____

Firma del tutore _____