

CONSENSO INFORMATO

Sportello di Ascolto Psicologico

La sottoscritta **Dott.ssa Alessia Colombo, Psicologa e Psicoterapeuta** iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 20382, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico presso l'Istituto Barbara Melzi, delle Figlie della Carità (Canossiane) via B. Melzi 2/4 Legnano (MI), fornisce le seguenti informazioni.

L'obiettivo del progetto è fornire agli alunni uno spazio di ascolto psicologico privilegiato per promuovere il benessere psicologico, affrontare eventuali difficoltà e prevenire situazioni di rischio.

Il progetto, rivolto agli studenti, si svolgerà durante l'orario scolastico a cadenza mensile.

Si riportano di seguito le giornate disponibili fino al mese di dicembre 2026: giovedì **15.10.2026**, giovedì **19.11.2026** e giovedì **10.12.2026**.

Lo sportello sarà attivo **dalle ore 9.00 alle ore 13.00**.

Le successive disponibilità verranno comunicate prossimamente.

Il servizio non comporta alcun onere economico a carico delle famiglie.

Per accedere al servizio, lo studente potrà inviare una mail all'indirizzo **psicologa.sportellomelzi@gmail.com**, richiedendo un appuntamento.

Sarà cura della professionista comunicare successivamente il giorno e l'orario dell'incontro.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile online sul sito dell'Ordine degli Psicologi.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, protetti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n.679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La professionista



Si richiede la firma e il consenso di entrambi i genitori

Il/La sottoscritta/o.....nato/a a.....

il.....e residente a.....in via/piazza.....n.....

n. cell.....

genitore di Frequentante la classe.....

Dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra dalla professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Alessia Colombo

Firma

.....

Il/La sottoscritta/o.....nato/a a.....

il.....e residente a.....in via/piazza.....n.....

n. cell.....

genitore di Frequentante la classe.....

Dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra dalla professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Alessia Colombo

Firma

.....

Persone sotto tutela

Il/La sottoscritta/o.....nato/a a.....

il.....e residente a.....in via/piazza.....n.....

n. cell.....

tutore di Frequentante la classe.....

tutore in ragione di (indicare provvedimento, autorità emanante, data e numero).....

.....

Dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra dalla professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Alessia Colombo

Firma tutore

.....