



## Liceo Classico Statale “Francesco Stelluti”



*Classico – Linguistico – Scienze Umane – Economico Sociale*

Accreditato presso Regione Marche per obbligo formativo, formazione superiore, formazione continua

Scuola polo per certificazioni di informatica EIPASS

via Rinalda Pavoni, 18 – 60044 **Fabriano** (AN) – tel. 0732-21977 – fax 0732-248147

[segreteria@liceostelluti.edu.it](mailto:segreteria@liceostelluti.edu.it) – [anpc03000b@istruzione.it](mailto:anpc03000b@istruzione.it) – PEC [anpc03000b@pec.istruzione.it](mailto:anpc03000b@pec.istruzione.it)

C.M. ANPC03000B – C.F. 81002450427

[www.liceostelluti.edu.it](http://www.liceostelluti.edu.it)



### CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

#### PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Il sottoscritto dott. Borri Massimo, Psicologo, iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione Marche n. 497, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso il Liceo “Francesco Stelluti” di Fabriano (AN), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo F. Stelluti di Fabriano (AN), o attraverso l’uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologimarche.it](http://www.ordinepsicologimarche.it).

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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.

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



## Liceo Classico Statale "Francesco Stelluti"



*Classico – Linguistico – Scienze Umane – Economico Sociale*

Accreditato presso Regione Marche per obbligo formativo, formazione superiore, formazione continua

Scuola polo per certificazioni di informatica EIPASS

via Rinalda Pavoni, 18 – 60044 **Fabriano** (AN) – tel. 0732-21977 – fax 0732-248147

[segreteria@liceostelluti.edu.it](mailto:segreteria@liceostelluti.edu.it) – [anpc03000b@istruzione.it](mailto:anpc03000b@istruzione.it) – PEC [anpc03000b@pec.istruzione.it](mailto:anpc03000b@pec.istruzione.it)

C.M. ANPC03000B – C.F. 81002450427

[www.liceostelluti.edu.it](http://www.liceostelluti.edu.it)



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

### MAGGIORENNI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Massimo Borri, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

### MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....  
nata a ....., il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. Massimo Borri, presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del  
minorenni.....  
nato a

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. Massimo Borri, presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data

Firma del padre



## Liceo Classico Statale “Francesco Stelluti”



*Classico – Linguistico – Scienze Umane – Economico Sociale*

Accreditato presso Regione Marche per obbligo formativo, formazione superiore, formazione continua

Scuola polo per certificazioni di informatica EIPASS

via Rinalda Pavoni, 18 – 60044 **Fabriano** (AN) – tel. 0732-21977 – fax 0732-248147

[segreteria@liceostelluti.edu.it](mailto:segreteria@liceostelluti.edu.it) – [anpc03000b@istruzione.it](mailto:anpc03000b@istruzione.it) – PEC [anpc03000b@pec.istruzione.it](mailto:anpc03000b@pec.istruzione.it)

C.M. ANPC03000B – C.F. 81002450427

[www.liceostelluti.edu.it](http://www.liceostelluti.edu.it)



### PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o

a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tutore del

minorenne.....

.....

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data)

.....

.....

residente a .....in via/piazza

.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. Massimo Borri , presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

Codice Meccanografico ANPC03000B

Codice Fiscale 81002450427

Codice Fatturazione UFV14U

Pag. 3 di 3

[segreteria@liceostelluti.edu.it](mailto:segreteria@liceostelluti.edu.it)

[anpc03000b@istruzione.it](mailto:anpc03000b@istruzione.it)

PEC [anpc03000b@pec.istruzione.it](mailto:anpc03000b@pec.istruzione.it)