



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE ALIGHIERI**  
**Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado**  
*via Coletti, 102 47921 RIMINI (RN)*  
*Tel. 0541/52082 - Fax 0541/27037 E-mail: [rnic81900v@istruzione.it](mailto:rnic81900v@istruzione.it)*  
*Codice meccanografico RNIC81900V Codice fiscale 91143450400*

Lo psicologo intestatario dello sportello d'ascolto e degli interventi presso questo istituto comprensivo, Dott. Marco Quietì, iscritto all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 9222a, [marco.quietì@cooperativaimillepiedi.org](mailto:marco.quietì@cooperativaimillepiedi.org), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto istituito fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza per gli studenti e insegnanti, presso gli spazi della scuola in orario mattutino, nello specifico il Lunedì e il Venerdì dalle 9 alle 12.
- Per i genitori invece, i colloqui verranno svolti online.
- Le attività dello sportello di ascolto saranno organizzate come di seguito: VEDI VOLANTINO
- 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.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo e a riconsegnarlo compilato al Docente coordinatore di classe.***

Il Professionista MARCO QUIETI

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. MARCO QUIETI presso lo Sportello di ascolto.

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. MARCO QUIETI presso lo Sportello di  
ascolto.

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. MARCO QUIETI presso lo Sportello  
di ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_