



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO  
PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO  
(allegato all’informativa sul trattamento dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a (1) \_\_\_\_\_ e il /la sottoscritto/a (2) \_\_\_\_\_

Genitore/i/esercente/i la responsabilità genitoriale \*

della studentessa/e \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ Plesso  Centrale  Duca  Fermi  
dell’IIS “Euganeo” di Este(PD)

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

il proprio figlio/a ad usufruire dello **sportello di ascolto e consulenza psicologica C.I.C.P.**—gestito dalla psicologa dott.ssa ROSA PERCHINENNA (iscrizione all’albo degli Psicologi della Regione Veneto n. 2142) presso i locali dei tre Plessi (Centrale, Duca e Fermi) dell’IIS “Euganeo” di Este (PD) in convenzione con l’AULSS 6 “Euganea” (prot. 139347 del 14/09/2021) con le seguenti finalità:

- Promozione del benessere psicofisico;
- Informazione, consulenza, prevenzione e supporto delle forme di disagio adolescenziale;
- Prevenzione dell’abbandono scolastico.

Si sottolineano:

- il carattere di assoluta riservatezza degli interventi in quanto i contenuti di ogni colloquio sono coperti dal segreto professionale;
- L’inserimento dello sportello di ascolto fra i progetti inseriti nel PTOF per il triennio 2022/2025.

N.B. Per l’accesso al servizio è condizione necessaria la compilazione del modulo privacy allegato.

\*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

....., li ...../...../202....

Firma 1 \_\_\_\_\_

Firma 2 \_\_\_\_\_