

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO  
PER IL BULLISMO E CYBERBULLISMO**

La sottoscritta dott.ssa Valentina Sionis, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sardegna n. 942, (cell: 3471195487; mail: valentinasionis@tiscali.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto per il Bullismo e Cyberbullismo istituito presso il Liceo Classico G.M. Dettori, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'istituto sopra indicato.

Lo sportello di ascolto mira a fornire un primo orientamento atto ad inquadrare un problema o una specifica situazione legata a bullismo o cyberbullismo.

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.psicosardegna.it](http://www.psicosardegna.it).

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

f.to Valentina Sionis  
Il Professionista (firma).....  
Firma autografa  
sostituita a mezzo stampa

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Sionis presso lo Sportello di ascolto per il Bullismo e Cyberbullismo.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorene.....

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Sionis presso lo Sportello di ascolto per il Bullismo e Cyberbullismo.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorene.....

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Sionis presso lo Sportello di ascolto per il Bullismo e Cyberbullismo.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

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

il\_ / / Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento,emanante,data,numero) .....

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Sionis presso lo Sportello di ascolto per il Bullismo e Cyberbullismo.

Luogo e data

Firma del tutore