



## Istituto Comprensivo ENNIO MORRICONE

Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716 fax 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it> ✉ [RMIC8EQ00G@istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@istruzione.it) pec: [RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it)

Ai docenti  
Alle famiglie degli alunni  
Al personale ATA

**Oggetto: CONSENSO E LIBERATORIA PER I SERVIZI EROGATI NELL'AMBITO DEL Progetto "ERGA OMNES" - Determinazione Regione Lazio G00759 del 24/01/2023 - Determinazione Regione Lazio G09640 del 12/07/2023 - Determinazione Regione Lazio G14573 del 06/11/2023 - Codice del progetto: 23004DP000000207**

I sottoscritti

- dott. Andrea Vignoli, C.F. VGN DR93S24H501K, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 24749, email [andrea.vignoli@icbelfortedelchienti.edu.it](mailto:andrea.vignoli@icbelfortedelchienti.edu.it)
- dott. Francesco Saverio Betti, C.F. BTTFNC90A09H501T, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 23453, email [francesco.betti@icbelfortedelchienti.edu.it](mailto:francesco.betti@icbelfortedelchienti.edu.it)

prima di rendere prestazioni professionali, dichiarano:

- di essere tenuti, nello svolgimento delle proprie funzioni, all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it)
- di essere assicurati per RC professionale con polizza CAMPI Cassa di assistenza mutua per gli psicologi italiani
- che 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.

Il Professionista (firma).....

Il Professionista (firma).....

La completa normativa sulla gestione dei dati sensibili e la privacy è pubblicata sul sito della scuola. Gli interventi saranno attivati nelle sedi dell'Istituto Comprensivo ENNIO MORRICONE durante l'orario scolastico, negli anni scolastici 2023-2024 e 2024-2025.

## MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

nata ..... il ...../...../.....

residente a.....

in via/piazza ..... n. ....

dichiara di aver compreso quanto esplicitato nella presentazione del progetto e nell'informativa Privacy pubblicata sul sito della scuola e sul Registro Elettronico e illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali dei dott.ri Andrea Vignoli e Francesco Saverio Betti come sopra descritte.

Accetto che mio figlio/a partecipi allo "SPORTELLLO PSICOLOGICO" (classi IV – V scuola primaria e classi I – II – III scuola secondaria di primo grado)

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO                       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Roma, .....

Firma della madre

---

Il Sig. .... padre del minorenni .....

nato a ..... il ...../...../.....

residente a .....

in via/piazza ..... n. ....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dai dott. Andrea Vignoli e Francesco Saverio Betti qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle loro prestazioni professionali come sopra descritte.

Accetto che mio figlio/a partecipi allo "SPORTELLLO PSICOLOGICO" (classi IV – V scuola primaria e classi I – II – III scuola secondaria di primo grado)

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO                       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Roma, .....

Firma del padre

---

## PERSONE SOTTO TUTELA

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

tutore del Sig. .... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a .....

in via/piazza ..... n. ....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dai dott. Andrea Vignoli e Francesco Saverio Betti e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali dei dott.ri come sopra descritte.

Accetto che ..... partecipi allo “SPORTELLLO PSICOLOGICO” (classi IV – V scuola primaria e classi I – II – III scuola secondaria di primo grado)

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Roma, il

Firma del tutore

---