



**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO IL PUNTO DI  
ASCOLTO SCOLASTICO  
PROGETTO "SUPPORTO AL BENESSERE"**  
Liceo Scientifico Ettore Majorana

Il sottoscritto dottor Stefano Sancandi Psicologo, Psicoterapeuta, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio con n. 3726 – email: [supportoalbenessere@liceomajorana.edu.it](mailto:supportoalbenessere@liceomajorana.edu.it) recapito telefonico 348 1193301 - prima di rendere le prestazioni professionali relative al Punto di Ascolto istituito presso il Liceo Scientifico Ettore Majorana per offrire un aiuto psicologico a fronte di studenti e studentesse in situazione di incertezza, di disagio o di vera e propria sofferenza durante il delicato processo di definizione della propria identità, in particolare dell'identità sessuale/di genere fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Scientifico Ettore Majorana di Roma, nei locali della sede principale di Via Carlo Avolio 111 e nei locali della sede succursale di Via Salvatore Loricchio 71.

Le attività del Punto di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- tipologia d'intervento: colloqui individuali con gli Allievi, individuali o di gruppo con i Docenti, individuali o di coppia con i Genitori;
- modalità organizzative: i colloqui, della durata indicativa di 40 minuti, si svolgeranno il Martedì mattina nei locali scolastici previo appuntamento fissato via email o telefonica;
- scopi: sostegno psicologico nell'affrontare tematiche legate alla definizione dell'identità sessuale/di genere;
- limiti: non si tratterà di realizzare percorsi completi di psicoterapia ma di svolgere alcuni colloqui di supporto/accompagnamento per affrontare le difficoltà emergenti, favorire una gestione positiva della vita scolastica e avviare nel caso a strutture di riferimento del territorio;
- durata delle attività: a partire dalla fine dell'a.s. 2023/2024 e per tutto l'a.s. 2024/2025.

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

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Punto 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.

Roma, \_\_\_\_\_

Il Professionista dott. Stefano Sancandi \_\_\_\_\_



**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 dal dott. Stefano Sancandi presso il Punto di ascolto del Liceo Majorana.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... Madre di  
 ..... 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/la Figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Stefano Sancandi presso il Punto di ascolto del Liceo Majorana.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma della Madre \_\_\_\_\_

Il Sig. ..... Padre di  
 ..... 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/la Figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Stefano Sancandi presso il Punto di ascolto del Liceo Majorana.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o  
 a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tutore del/della  
 minorenn..... in ragione di (indicare il tipo di provvedimento, la data



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Regionale per il Lazio - ATP Roma - Distretto Scolastico XX - Municipio IX

Liceo Statale "Ettore Majorana" ad indirizzo scientifico e linguistico

cod. mecc. RMPS37000A - C.F. 80247510581

e il numero, l'Autorità emanante) 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/la minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Stefano Sancandi presso il Punto di ascolto del Liceo Majorana.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del Tutore \_\_\_\_\_