

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa/dott.ssa Francesca Sangineto, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19673, reperibile all'indirizzo di posta elettronica francesca.sangineto@psypec.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Artistico Statale "Via di Ripetta", fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede dell'Istituto.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: servizio di ascolto e consulenza psicologica;

(b) modalità organizzative: colloqui della durata di circa 20/30 minuti; sarà possibile prenotarsi inviando una e-mail all'indirizzo indicato nella circolare di Istituto o, per gli studenti se in presenza, presentandosi direttamente in orario di sportello;

(c) scopi: aiutare i ragazzi, ma anche genitori e personale scolastico, ad individuare i problemi e le possibili soluzioni e risorse da mettere in gioco anche nelle difficoltà;

(d) limiti: il colloquio che si svolge all'interno del servizio di Sportello d'Ascolto non ha fini terapeutici ma esclusivamente di consulenza;

(e) durata delle attività: sono previsti fino a 3 colloqui, laddove necessario, da concordare con il professionista;

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.

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



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 dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante,
data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore