

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

La sottoscritta dott.ssa Salamone Maria Luisa, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 4825, cell. 3284144186 e-mail: marialu.salamone@tiscali.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto Comprensivo "F. Testa" di Nicosia fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali): da remoto e/o in classe;

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

- (a) tipologia d'intervento: individuale e/o di classe;
- (b) modalità organizzative: colloqui individuali da remoto o interventi, all'interno della classe attraverso brainstorming, attività di gruppo e gruppi di discussione;
- (c) scopi: ridurre il disagio giovanile ed effettuare attività di prevenzione;
- (d) limiti: difficoltà di incontrare i ragazzi in presenza;
- (e) durata delle attività: fino alla conclusione delle lezioni;

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 (firma) Salamone Maria Luisa

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