

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

La sottoscritta dott.ssa Petrozziello Maria Luisa, psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della CAMPANIA n.737, e-mail di contatto: petroziellomarialuisa@liceoimbrianiavellino.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto "P. E. Imbriani" di Avellino, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto scolastico, in presenza, presso la sede centrale;

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

- (a) tipologia d'intervento: consulenza psicologica rivolta a studenti, genitori e personale scolastico;
- (b) modalità organizzative: la richiesta di prestazione psicologica avviene tramite la referente di Istituto Prof. ssa Luigia Cataldo e previo invio del consenso informato alla mail cataldoluigia@liceoimbrianiavellino.edu.it;
- (c) scopi: ascolto, supporto e orientamento;
- (d) limiti: la prestazione che ha natura consulenziale prevede un limite di colloqui: da 1 a 3 colloqui;
- (e) durata delle attività: la prestazione sarà erogata nel corso dell'intero anno scolastico;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il sottoscritto 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.ssa Maria Luisa Petrozziello presso lo sportello di ascolto scolastico.

Luogo e data

Firma

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento dello studente maggiorenne.

MINORENNI

La Sig.ra **madre** del

minorenne.....

nata a

il ___/___/___

e residente.....

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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Petrozziello presso lo sportello di ascolto scolastico.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. **padre** del

minorenne.....

nato ae residente

.....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 Maria Luisa Petrozziello presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

In caso di firma di un solo genitore:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che _____, madre/padre dell'alunno/a _____ è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente autorizzazione.

Luogo e data

Firma del genitore

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento dei genitori che danno il consenso.

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minore.....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 dalla dott.ssa Petrozziello presso lo sportello di ascolto scolastico

Luogo e data

Firma del tutore

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del tutore che dà il consenso.