

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

La sottoscritta dott.ssa Isabella Remigio, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio al n. 24409 –posta elettronica: remigio.psy@gmail.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto d'Istruzione Superiore Statale "Piaget-Diaz" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza, come da calendario e sono rivolte a **tutte le sedi dell'Istituto d'Istruzione Superiore Statale "Piaget-Diaz"**; Sede Centrale (Viale Marco Fulvio Nobile 79/A), Sede Succursale Di Via Diana 35, Sede Succursale Di Via Taranto 59/T, Sede Succursale Di Viale Giorgio De Chirico 59, Sede Succursale Di Via Acireale 8.

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

- (a) La prestazione che verrà offerta è finalizzata all'assistenza e supporto psicologico rivolto agli alunni, alle famiglie degli alunni ed al personale scolastico;
- (b) Le prenotazioni dovranno essere effettuate al seguente indirizzo di posta elettronica: remigio.psy@gmail.com, allegando il modulo del consenso informato debitamente firmato e compilato.
- (c) Le modalità organizzative sono previste in presenza, in giorni e orari previsti dal Calendario pubblicato sul sito dell'Istituto.
- (d) Ogni singola seduta ha durata di 60 minuti;

Si informa:

- 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 Servizio di Sportello d'ascolto psicologico non potrà aver luogo senza la presentazione del Consenso Informato, debitamente compilato e sottoscritto.

PERSONALE SCOLASTICO; Indicare con un "X" la sede presso la quale si svolge il servizio e il tipo di servizio (Docente o Personale ATA):

- Centrale (Viale Marco Fulvio Nobile 79/A), *tipo servizio*.....;
- Sede Succursale Di Via Diana 35, *tipo servizio*.....;
- Sede Succursale Di Via Taranto 59/T), *tipo servizio*.....;

- Sede Succursale Di Viale Giorgio De Chirico 59), tipo servizio.....;
- Sede Succursale Di Via Acireale 8, tipo servizio.....;

ALUNNO: Indicare con un "x" la sede e la classe di frequenza:

- Centrale (Viale Marco Fulvio Nobiliore 79/A), Classe.....;
- Sede Succursale Di Via Diana 35, Classe.....;
- Sede Succursale Di Via Taranto 59/T, Classe.....;
- Sede Succursale Di Viale Giorgio De Chirico 59, Classe.....;
- Sede Succursale Di Via Acireale 8, Classe.....;

PER LE SOTTOSCRIZIONI DEL PERSONALE SCOLASTICO COMPILARE IL CAMPO SEGUENTE

PERSONALE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

PER LE SOTTOSCRIZIONI DEI GENITORI COMPILARE IL CAMPO SEGUENTE

MADRE

la sottoscritta dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

PADRE

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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* 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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* 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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* 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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore