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

Omnicomprensivo - Liceo Scientifico Omnicomprensivo Castelforte - Liceo L.B. Alberti Minturno Castelforte - Minturno

La sottoscritta dott.ssa Faiola Virginia Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 15458, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l' Istituto Liceo L.B. Alberti Minturno fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso:

- aula dell'istituto

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

- Lo psicologo offre ascolto, confronto e sostegno, accompagna l'altro nella ridefinizione dei vissuti percepiti e nella ricerca di strategie possibili per affrontarli. Gli interventi sono modulati sulle caratteristiche peculiari del singolo, tenendo conto della specificità di ciascun individuo.
- Si accede al colloquio tramite prenotazione attraverso il Link indicato nel sito istituzionale della scuola.

- Lo scopo è quello di favorire il benessere psicofisico degli individui nel contesto scolastico attraverso colloqui individuali.

- La durata dei colloqui individuali è di circa 45 minuti.

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.

Allegare copia del documento di identità del beneficiario (Alunno) e dei responsabili legali (Genitori/Tutori se l'alunno è minorenne).

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.ssa ...Faiola Virginia……presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne……
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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……
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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.ssa Faiola Virginia .....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 minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ssa Faiola Virginia.....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore