



**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO
SCOLASTICO STUDENTI PROGETTO NoNeet**

La sottoscritta dott.ssa Elisa Della Posta, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 20850, relativamente allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.C. VIA DEL CALICE , sede VIA A DELLA SETA fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni dello sportello di Ascolto saranno rese presso l'aula messa a disposizione dalla scuola, per tale attività, il martedì mattina.

(a) tipologia d'intervento: Consulenza e sostegno psicologico

(b) modalità organizzative: su richiesta, prenotazione settimanale

(c) scopi: Sostegno psicologico agli studenti/esse;

(d) durata dell'attività: 30-40 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.

Il Professionista : ELISA DELLA POSTA



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del
minorenne.....

nata a

il ___/___/___

e residente a

.....

in:via/piazza

.....n.....

email.....

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 dott.ssa Elisa Della Posta 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.....

email.....

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 Elisa Della Posta 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.....

email.....

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 dott.ssa Elisa Della Posta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore