



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "POGGIALI-SPIZZICHINO"

00147 Roma - via A. Leonori 74 - Tel. 06.95955222 - Fax 06.5404346 - C.F. 97712300587 -
Cod. Mecc. RMIC8FF00E - e-mail: rmic8ff00e@istruzione.it - PEC: rmic8ff00e@pec.istruzione.it

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

La sottoscritta dott.ssa Marta Saponaro, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 18830, reperibile al 3665356080 tramite whatsapp o tramite mail all'indirizzo di posta elettronica marta.saponaro.e@ic-poggialispizzichino.edu.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.C. Poggiali Spizzichino fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso plesso _____

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

- (a) tipologia d'intervento: orientamento e supporto psicologico;
- (b) modalità organizzative: sedute di 50 minuti;
- (c) scopi come da obiettivi pubblicizzati tramite circolare;
- (d) limiti trattasi di supporto psicologico di orientamento e non di presa in carico psicoterapeutica;
- (e) durata delle attività massimo 3 incontri a beneficiario salvo diversa valutazione.

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 finalità del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e ss.) 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 Dott.ssa Marta Saponaro

(firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3 co 2 D. Lgs 39/93)

MAGGIORENNI

(NOME/COGNOME) dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali

Luogo e data

Firma

MINORENNI

I sottoscritti genitori del minorenni.....

Sig./Sig.ra

Nome e cognome 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... dottpresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

Sig./Sig.ra

Nome e cognome 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

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il___/___/___

Tutore del minorenniin 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... dottpresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore