

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

La sottoscritta dott.ssa Sara Ceccacci, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 20696, +39 3394279847 - ceccacci.sara@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IIS Carlo Matteucci, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso:

- la sede centrale di via delle Vigne Nuove 262;
- la sede succursale di via Roberto Rossellini, 5;
- online.

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

(a) Tipologia d'intervento:

- incontri individuali;
- interventi nelle classi.

(b) Modalità organizzative: fissare appuntamento tramite il modulo google

<https://forms.gle/J9k2pDa8nbruZsCb7> ;

(c) Scopi: supporto psicologico per lo sviluppo delle emozioni e delle relazioni che si vivono a scuola

(d) Limiti: 3/4 incontri per partecipante;

(e) durata delle attività:

- incontri individuali di 30 minuti;
- interventi nelle classi di 2/3 ore.

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

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 Sara Ceccacci presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minorenni
_____ 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 dalla Dott.ssa Sara Ceccacci presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. _____ padre del minorenni
_____ 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 dalla Dott.ssa Sara Ceccacci 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 minorenni. _____ 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 dalla Dott.ssa Sara Ceccacci presso lo Sportello di
ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore