

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

La sottoscritta dott.ssa Laura Bergamini Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 30162, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. Gigi Proietti di Roma, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese nei locali di scuola in orario mattutino;

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

(a) tipologia d'intervento: nell'ambito del Progetto "Coltivare relazioni: educazione, parità e prevenzione", l'I.C. Gigi Proietti attiverà lo Sportello d'Ascolto in collaborazione con la Soc. Cooperativa Diversamente;

(b) modalità organizzative: Gli incontri si svolgeranno in orario scolastico, secondo il calendario allegato alla circolare n 160. Gli alunni dovranno consegnare al coordinatore di classe il presente modulo di consenso firmato dai genitori. Le famiglie dovranno inviare la richiesta a sportello.psicologico@icgigiproietti.edu.it;

(c) scopi: Il servizio offre uno spazio di ascolto e supporto per affrontare difficoltà personali e relazionali, prevenire il disagio emotivo e promuovere il benessere psicologico;

(d) limiti: L'intervento non prevede una presa in carico degli utenti ma fornisce uno spazio di ascolto e di eventuale orientamento ai servizi presenti sul territorio;

(e) durata delle attività: Il servizio sarà attivo fino alla fine dell'anno scolastico 2025/26;

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 (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 dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

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 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/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... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore