

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

Il sottoscritto dott **Diella Marco** Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 25599, MARCODIELLA@PSYPEC.IT prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola IISS Ambrosoli Sede Europa fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede dell'IISS Ambrosoli Europa in Via Romolo Trincheri, 49, 00172;

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

(a) tipologia d'intervento Supporto Psicologico e/o confronto su tematiche personali quali orientamento per lo studio o professionale;

(b) modalità organizzative: secondo disposizioni della circolare vigente per l'anno scolastico 2024/2025 , su appuntamento consegnando la prenotazione cartacea in vicepresidenza, il colloquio avrà una durata massima di 20 minuti (eventuali eccezioni alla durata potrebbero essere concesse a discrezione del professionista in caso di scarso afflusso di prenotazioni).

(c) scopi:

1. Fornire supporto emotivo e protetto agli studenti.
2. Sostenere gli studenti ad affrontare difficoltà e problemi personali.
3. Promuovere il benessere e prevenire situazioni di disagio.

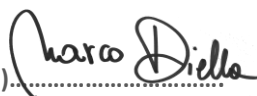
(e) durata delle attività: Lo sportello sarà garantito fino il 29 maggio 2025;

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 (Marco Diella).....



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