

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

La sottoscritta dott.ssa Valentina Moretti Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 24654, email v.morettipsi@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo scientifico Morgagni, fornisce le seguenti informazioni:

1. Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede dell'Istituto scolastico in via Fonteiana 125;
2. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, consultabile sul sito dell'Ordine Nazionale degli Psicologi www.ordinepsicologilazio.it;
3. la prestazione offerta riguarda un percorso di consulenza psicologica, sostegno e orientamento individuale e di gruppo;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloqui di consulenza psicologica con gli studenti, con i genitori, con i docenti e con i gruppi classe;
6. la durata globale dell'intervento per i singoli alunni è definibile in n. 4 colloqui psicologici, mentre il numero degli interventi in classe verranno decisi in base alle necessità del gruppo;
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Valentina Moretti la volontà di interruzione;

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.

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente della classe 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 Valentina Moretti.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Il sottoscritto genitore del minorenne.....
della classe.....

Nato/a 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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Moretti.

Luogo e data

Firma

Il sottoscritto..... genitore del minorenne

Nato/a 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 dalla dott.ssa Valentina Moretti.

Luogo e data

Firma

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/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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma

Firma

