

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

La sottoscritta dott.ssa Mastrostefano Rita, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.2583, (email rita.mastrostefano1@posta.istruzione.it) in qualità di "esperto interno", prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Convitto Nazionale di Tivoli fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Convitto Nazionale a Tivoli.

Le prestazioni professionali relative allo sportello di ascolto prevedono le seguenti attività:

- consulenza psicologica individuale finalizzata al benessere psicologico dell'individuo, al sostegno emotivo-affettivo e al miglioramento nei rapporti interpersonali. Tale spazio si configura come un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto e si avvale del colloquio come strumento di conoscenza principale. Si precisa che la consulenza psicologica avviene su richiesta spontanea dell'alunno, genitore, personale scolastico e può avere una durata massima di 45 minuti;
- su richiesta del coordinatore di classe eventuali osservazioni/interventi in classe.

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.psy.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.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

--

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
cell.....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal
professionista qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il
figlio possa accedere alle prestazioni professionali presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
cell.....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra
riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere
alle prestazioni professionali 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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data
numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
cell.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore