

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

La sottoscritta Dott.ssa Francesca Chicca, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 26144, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Convitto Nazionale Amedeo di Savoia Duca D'Aosta – Tivoli fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese presso la Scuola “Convitto Nazionale Amedeo di Savoia Duca D'Aosta – Tivoli”.
- Le prestazioni avranno forma di colloqui individuali finalizzati a fornire ascolto, accoglienza e orientamento su eventuali difficoltà, dubbi e problematiche specifiche.
- Le prestazioni avranno una durata di 45 minuti circa.
- 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

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore
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
Francesca Chicca presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. _____ padre del minorenne
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 Francesca Chicca presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data _____ Firma del padre _____