

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

La sottoscritta dott.ssa Isabella Remigio, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio al n. 24409 –posta elettronica: **remigio.psy@gmail.com** prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso **l'Istituto Comprensivo "Via Boccea 590" (Roma)** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la **Sede Centrale** (Via Boccea 590), la sede di **Pantan Monastero** (Via Casale delle Pantanelle, n.15) e la sede di **Castel di Guido** (Via Gaetano Sodini , 25)

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

- (a) La prestazione che verrà offerta è finalizzata all' assistenza e supporto psicologico rivolto agli alunni, alle famiglie degli alunni ed al personale scolastico;
- (b) Le modalità organizzative sono previste in presenza, un giorno a settimana **nelle sedi dell'Istituto Comprensivo "Via Boccea 590" (Roma)**, in caso di sospensione delle attività in presenza, in seguito a provvedimenti delle autorità sanitarie o governative, il servizio sarà erogato a distanza, utilizzando la piattaforma G-Suite dell'Istituto.
- (c) Ogni singola seduta ha durata di 60 minuti;

Si informa:

- 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 Servizio di Sportello d'ascolto psicologico non potrà aver luogo senza la presentazione del Consenso Informato, debitamente compilato e sottoscritto.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DEL PERSONALE SCOLASTICO COMPILARE IL CAMPO SEGUENTE

PERSONALE SCOLASTICO

Il/la sottoscritta 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 Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* 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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* 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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore