

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

La sottoscritta dott.ssa Gugliotta Antonella, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo N. 1 di Tortorici, fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede Centrale dell'Istituto Comprensivo, in via Zappulla, 88 o, in situazioni particolari, a distanza tramite.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate sotto forma di incontri con classi (alunni, genitori e docenti) oppure con colloqui individuali della durata di circa un'ora.

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 <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>.

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 signora/ Il signore 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 Gugliotta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del/la 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 Gugliotta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del/la minorenne.....
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 dalla dott.ssa Gugliotta 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 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 dalla dott.ssa Gugliotta presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore