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

La sottoscritta ***Dott.ssa GERACI Silvia*** Psicologa e Psicoterapeuta presso il Ser.D di Piazza Armerina, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia dal 10/09/2019 con il n° 9518/Sez.A

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo ***Sportello di Ascolto psicologico*** istituito presso ***l’Istituto Istruzione Superiore*** fornisce le seguenti informazioni.

* Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede dell’Istituto

di via

* Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  1. tipologia d'intervento : colloqui clinici e consulenze gratuite
  2. modalità organizzative : previo appuntamento
  3. scopi: prevenzione del disagio psichico, psicoeducazione, educazione all’affettività
  4. durata delle attività: nel corso dell’anno scolastico 2024/25
* La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.ordinepsicologier.it/public/genpags/bigs/CodiceDeontologicoVersioneAggiornata.pdf) reperibile on line sul sito dell’Ordine

al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it/)

* I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

La Professionista ***Dott.ssa Silvia GERACI***

# Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/

Lo

studente/

L’insegnante/

Il

genitore

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Russo Sonia presso lo Sportello di ascolto psicologico

scolastico.

Luogo e data

Firma

# MINORENNI

La Sig.ra

madre del minore

nata a il / /

e residente a

n.

in via/piazza

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Russo Sonia presso lo Sportello di ascolto psicologico scolastico.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.

padre del minore

nato a il / /

e

residente

a

in

via/piazza

n.

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Russo Sonia presso lo Sportello di ascolto

psicologico.

Luogo e data

Firma

del

padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig.

nata/o

a

il / /

Tutore del minore in ragione di

*emanante, data numero*)

(*indicare*

*provvedimento, Autorità*

residente a in via/piazza

n.

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Russo Sonia presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data Firma del tutore