

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

La sottoscritta dott.ssa Antonella Palombo, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 7676, (recapito telefonico 3339429662, indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria: antonellapalombo@liceopellecchia.edu.it, o ogni altra informazione utile affinché il professionista possa facilmente essere contattata/o) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Scientifico "G.Pellecchia" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso un'aula predisposta per lo sportello di psicologia scolastica e/o all'interno della classe durante gli incontri con l'intera classe;

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

(a) modalità organizzative: consegna del consenso informato alla scuola e alla dottoressa; prenotazione colloquio attraverso la domanda depositata nella cassetta preposta per tale richiesta oppure per e-mail all'indirizzo antonellapalombo@liceopellecchia.edu.it ;

.....;

(b) scopi: favorire il superamento di difficoltà personali di natura emotiva, relazionale, di rendimento scolastico, di dipendenze legate agli affetti del covid;

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 (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

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 Antonella Palombo 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 Antonella Palombo 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 dalla Dott.ssa Antonella Palombo 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 Antonella Palombo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore