

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO
PSICOLOGICO**
I.I.S. Croce - Aleramo
A.S. 2023/2024

Nell'ambito del Servizio "Sportello di Ascolto Psicologico", gestito dalla dottoressa Abbatangelo nella sede di Via Capellini 11, prima di effettuare le prestazioni professionali presso la Scuola, si forniscono le seguenti informazioni.

Le prestazioni, previa prenotazione tramite mail all'indirizzo **rosa.abbatangelo@crocealeramo.edu.it**, saranno rese agli studenti, ai docenti e ai genitori presso l'I.I.S Croce-Aleramo di Roma, nella sede di Via Capellini 11.

Nel caso di impossibilità nel raggiungimento della sede da parte dei genitori, sarà possibile accordarsi per effettuare la prestazione in forma telematica attraverso la piattaforma Google Meet.

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

(a) tipologia d'intervento: Colloquio psicologico;

(b) durata delle attività: L'intervento prevede un numero tra i tre ed i cinque incontri, da definire in itinere in base alle necessità del caso specifico, della durata di circa 20/30 minuti ciascuno;

(c) destinatari: studenti, docenti e genitori dell'I.I.S Croce Aleramo della sede di Via Capellini 11.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it).

Nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

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 Sig.ra/Il Sig dichiara di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal professionista dottoressa Rosa Abbatangelo presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Recapito telefonico.....

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 qui sopra e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal professionista dottoressa Rosa Abbatangelo presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

Recapito telefonico.....

Il Sig. padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal professionista dottoressa Rosa Abbatangelo presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

Recapito telefonico.....

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il___/___/___

Tutore del minorenniin ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal professionista dottoressa Rosa Abbatangelo presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

Recapito telefonico.....