

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO
I.I.S. Croce - Aleramo
A.S. 2022/2023

Nell'ambito del Servizio "Sportello di Ascolto Psicologico" l'*Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus* prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni, previa prenotazione tramite mail all'indirizzo sportellopsi.crocealeramo@gmail.com saranno rese agli studenti e ai docenti presso l'I.I.S Croce-Aleramo di Roma (Nella sede di Viale Bardanzellu 7 e Via Capellini 11) e ai genitori 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 massimo di n° 3 incontri della durata di 30/40 minuti;

(c) destinatari: studenti, docenti e genitori dell'I.I.S Croce Aleramo della sede di Viale Bardanzellu 7 e della sede di Via Capellini 11.

I professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti 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 Bullismo e Bullismo Digitale, 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.

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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus 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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus 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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus 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 minorenne.....in 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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

Recapito telefonico.....