

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO

I.I.S. Croce-Aleramo

A.S. 2023/2024

Nell'ambito del servizio "Sportello d'ascolto", l'Associazione APRE (Associazione di Psicoanalisi della Relazione Educativa, www.apreonline.net), prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola, fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni, previa prenotazione tramite mail all'indirizzo croceinascolto@gmail.com saranno rese agli studenti e ai docenti presso l'I.I.S Croce-Aleramo di Roma (nella sede di Viale Battista Bardanzellu 7 e Via Amedeo Sommovigo 40) 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 indicativamente un numero di 4 incontri della durata di 45/60 minuti l'uno;
- (c) destinatari: studenti, genitori e docenti dell'I.I.S Croce Aleramo della sede di Viale Battista Bardanzellu 7 e della sededi Via Amedeo Sommovigo 40.

I professionisti dell'Associazione APRE, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online 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.

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 dai professionisti dell'Associazione APRE presso lo Sportello d'ascolto.

Recapito telefonico.....

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenne.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....

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'Associazione APRE presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Recapito telefonico.....

Il Sig. padre del minorenne.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....

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'Associazione APRE presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Recapito telefonico.....

PERSONE SOTTO TUTELA

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

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

residente a
in via/piazza n.....

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'Associazione APRE presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

Recapito telefonico.....

