CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO
Il sottoscritto dott. Giuseppe Angelino, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 6049, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.C. "LEONARDO DA VINCI " di Ciampino fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede dell'Istituto scolastico, o, in casi particolari, anche a distanza.
Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:
(a)tipologia d'intervento: consulenza, mediazione scuola-famiglia, mediazione con servizi specialistici del territorio
(b) modalità organizzative: colloqui individuali e/o con i genitori e/o con i docenti; eventuali osservazioni in classe; eventuali colloqui con servizi/terapisti
(c) scopi: prevenzione e benessere scolastico, indirizzo/orientamento
(d) limiti: l'attività non costituisce intervento clinico
(e) durata delle attività: permanenza dell'alunno/a nell'Istituto scolastico.

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 finalizzato agli interventi sopra descritti, con le modalità e per gli scopi sopra esplicitati, 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) …….

La Sig.ra ..... madre del minorenne……

nata a ..... il____/___/_____

e residente a ……

in via/piazza ……..n……

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa beneficiare delle prestazioni professionali rese dal.. dott. ....., come sopra descritte, eventualmente anche mediante colloqui individuali del/la figlio/a con lo psicologo.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……

nato a ..... il____/___/_____

e residente a ……

in via/piazza ……..n……

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa beneficiare delle prestazioni professionali rese dal.. dott. ....., come sopra descritte, eventualmente anche mediante colloqui individuali del/la figlio/a con lo psicologo.

Luogo e data Firma del padre