

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

La sottoscritta dott.ssa Alessandra Pangrazi, Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.9958, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l' I.C. ENEA fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese attraverso piattaforme digitali ed eventualmente, nei locali della scuola quando le condizioni sanitarie lo renderanno possibile.

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

- Tipologia d'intervento: Colloqui psicologici volti all'ascolto e al supporto di bambini, ragazzi, genitori, personale ATA e corpo docente.
- Modalità organizzative: Gli appuntamenti per i colloqui verranno concordati con la dottoressa a seguito di una richiesta via mail all'indirizzo **sportellotiascolto.enea@gmail.com** da parte dell'interessato, o di chi per lui.
- L'obiettivo principale è quello di dare il giusto supporto per affrontare situazioni difficili in situazioni di carattere scolastico o personale.
- Limiti: Le consulenze non hanno uno scopo terapeutico né hanno o possono avere funzioni differenti da quelle espresse nel progetto.
- Durata delle attività: Gli incontri avranno una durata variabile in base alle diverse situazioni che si presenteranno, per un monte totale di 40 ore.

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.

Alessandra Pangrazi

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA che partecipa al progetto 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 dal dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Alessandra Pangrazi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....
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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Alessandra Pangrazi 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/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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Alessandra Pangrazi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore