

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

“Istituto Comprensivo di Paliano”

La sottoscritta dott.ssa Martina Bonanni, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 24364, (e-mail: psbonanimartina@icpaliano.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola “Istituto Comprensivo di Paliano” fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi della scuola.

Le attività dello sportello di Ascolto non avranno finalità diagnostiche o terapeutiche, ma avranno come obiettivo la prevenzione del disagio e la promozione del benessere.

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.

Il Professionista:

Psicologa dott.ssa Martina Bonanni



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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
dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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
dal... dott.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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore