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

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott Maria Incoronata Trecca , Psicologa/o, iscritta/o all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19061, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Ist.Tec.Comm.Geom. " P.TOSCANELLI " *di Ostia (RM)* fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese On line tramite piattaforma indicata dall'Istituto e ove possibile nei locali della Scuola.;

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

1. tipologia d'intervento
	* Incontro individuale per supporto psicologico o orientamento
	* Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
	* Incontro informativo/formativo
2. modalità organizzative: Colloqui di 50 minuti organizzati secondo le disponibilità orarie segnalate dai canali ufficiali della scuola ;
3. scopi: sostenere alunni, famiglie e docenti nella comprensione delle dinamiche emotive e relazionali critiche e individuazione delle risorse a disposizione per migliorare e promuovere benessere psicologico;
4. limiti: il numero di colloqui a disposizione sarà condizionato dal numero di richieste pervenute allo sportello e fino ad utilizzo del tetto massimo di spesa predisposto dal Bando Ministeriale ;
5. durata delle attività: fino a fine dicembre 2021 e rinnovabile per il periodo gennaio-febbraio 2022 e oltre in modo condizionato al reperimento di fondi.;

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](http://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***

Il sottoscritto/a ………………………………………………… 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 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott presso lo Sportello di ascolto.

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 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 minorenne 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 dal... dott presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore