CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI EDUCAZIONE ALL’AFFETTIVITÀ E ALLA SESSUALITÀ

La sottoscritta dott.ssa Grazia Mazzuoccolo, Psicologo, iscritto all’Ordine degli Psicologi del Lazio prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’ IIS Angelo Frammartino, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la Sede Centrale in Piazza S. Maria della Grazie, 10 e presso la Sede di Fonte Nuova in Via due giugno.

Il progetto prevede una serie di interventi finalizzati a:

- coinvolgere attivamente i ragazzi, creando uno spazio che offra occasioni di sostegno in cui condividere l'esperienza di crescita e cambiamento, anche all’interno di un gruppo di pari;

- sviluppare e incrementare la capacità di saper comprendere i cambiamenti di questa fase evolutiva e aiutare i ragazzi a prendere consapevolezza di che cosa costituisce per loro un problema e le difficoltà che hanno nel gestirlo;  
- sostenere e orientare i ragazzi a trovare soluzioni proprie, adatte al sistema di valori e allo stile di vita, anziché agire in modo passivo e acritico.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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 Educazione all’affettività e alla sessualità, 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 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. Maurizio Valvo, 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. Maurizio Valvo 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. Maurizio Valvo 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