

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

La sottoscritta Dott.ssa Grazia Mazzuoccolo, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto e al Progetto Affettività e Sessualità, istituiti 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.

La consulenza, attiva da molti anni presso questo Istituto, si propone di sostenere studenti, docenti e le famiglie affiancandoli nel delicato impegno di supporto alla crescita. Tutte le attività progettuali hanno lo scopo di sostenere, in un contesto collaborativo, le componenti scolastiche per un intervento sia di tipo preventivo sia di attenzione nelle fasi di crisi evolutive. La scuola, attraverso lo sportello di ascolto, mira a formare/informare le nuove generazioni e sostenere le loro famiglie nella costruzione di una dimensione affettiva stabile ed armonica.

La scrivente 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.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto e Affettività cit., 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 COMPILARE LA SEZIONE APPROPRIATA

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente....., classe....., nato/a a....., il....., residente a....., dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Grazia Mazzuoccolo, presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Alunno....., classe....., nato/a a il residente a.....

La Sig.ra madre dell'alunno/a nata a....., il....., residente a.....

Il Sig..... padre dell'alunno/a....., nato a....., il....., residente a.....

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, 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 Grazia Mazzuoccolo presso lo Sportello di Ascolto e Affettività-Sessualità.

Luogo e data

Firma di entrambi i genitori

□ **PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....tutore del minorenne
.....(classe....), in ragione di (indicare provvedimento,
Autorità emanante, data e numero)
nato/a a....., il.....e residente a
Dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, qui sopra
riportato e decide, con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso
affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla
Dott.ssa Grazia Mazzuoccolo presso lo Sportello di Ascolto e
Affettività-Sessualità.

Luogo e data

Firma del tutore