

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

La sottoscritta Dott.ssa Gavini Alessia Psicologa/Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 20062 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso la Scuola Secondaria di Primo Grado De Rossi-Velletri fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso la Scuola Secondaria di Primo Grado De Rossi- Velletri.

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

- (a) Tipologia d'intervento: sportello di ascolto
- (b) Modalità organizzative: l'attività di sportello si svolgerà a cadenza settimanale per gli studenti, il giovedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00; per i genitori e personale scolastico il lunedì dalle ore 09.00 alle ore 11.00
- (c) Scopi: consulenza ascolto, sostegno, orientamento e supporto agli studenti, ai genitori e al personale, mira a promuovere il benessere psicofisico
- (d) Limiti: non ha finalità psicoterapeutiche
- (e) Durata delle attività: fino al 30/06/2026

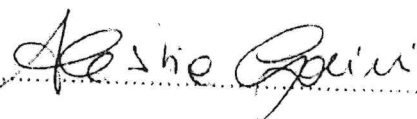
La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo: www.ordinepsicologilazio.it.

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.

La professionista

Alessia Gavini (firma)



UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del/della minore
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 avvalersi delle prestazioni professionali, di: dott.ssa Gavini Alessia, come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del/della minore

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 avvalersi delle prestazioni professionali di: dott.ssa Gavini Alessia, come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o ail ____/____/____

Tutore del... Sig/ minore..... 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 avvalersi delle prestazioni professionali, di: dott.ssa Gavini Alessia, come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

☐ FORNISCE IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del tutore