



CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA VIA INTERNET E A DISTANZA DEL SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n., recapito telefonico: prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Sportello di Ascolto dell'Istituto Comprensivo di fornisce le seguenti informazioni.

• **Le prestazioni saranno rese tramite telefono oppure chiamata Skype.**

• Le attività dello Sportello di Ascolto hanno come obiettivo quello di promuovere il benessere psicosociale e la prevenzione del disagio scolastico e/o personale (studente, genitore, personale scolastico).

• Il numero degli incontri può variare da un minimo di uno a un massimo di tre (salvo eccezioni particolari).

• 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 <https://www.ordinepsicologi.piemonte.it/normativa/codice-deontologico>.

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 derivanti dall'incarico della Dott.ssa, psicologa psicoterapeuta, 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 (firma).....



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il/La 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 dalla dott.ssa per il Servizio di Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni 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 dalla dott.ssa per il Servizio di Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni 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 dalla dott.ssa per il Servizio di Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o a il ___/___/___ Tutore del minorenni 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. per il Servizio di Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del Tutore