

Istituto Comprensivo Luigi Nono di Mira (VE)
Scuole dell'Infanzia - Scuole Primarie - Scuole Secondarie di I grado
Via Enrico Toti, 37 - 30034 Mira (VE)

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

Il sottoscritto dr...**Daniele Boscaro**....., Psicologa/o, iscritta/o all'**Ordine degli Psicologi del Veneto n. ...7894**....., (inserire un recapito telefonico, o indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria o PEC - Posta Elettronica Certificata, o ogni altra informazione utile affinché il professionista possa facilmente essere contattata/o) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola.....**Secondaria di 1° "G. Leopardi - Secondaria di 1° "G, Galilei"**.....fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali).....**le sedi scolastiche precedentemente citate**.....;

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

- (a) **tipologia d'intervento:** colloqui individuali di supporto psicologico
- (b) **Modalità organizzative:** iscrizioni raccolte da docenti referenti del progetto "sportello ascolto" per studenti e studentesse
- (c) **Scopi:** prevenzione del disagio adolescenziale, alla promozione del benessere e del successo scolastico, nonché per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19, supporto nei casi di stress, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;

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.ordinepsicologiveneto.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 sottoscrivere.

Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

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