

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

La sottoscritta dott.ssa Graziella Parisi, Psicologa - Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 4828-A, cellulare 3471009405 – email: graziellaparis1@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Media Statale “Dante Alighieri” di Nicosia (EN) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in modalità da remoto o presso l'istituto, nel rispetto delle normative vigenti anti-COVID19;

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

- (a) tipologia d'intervento: individuali e/o di classe;
- (b) modalità organizzative: colloqui individuali da remoto o interventi all'interno della classe attraverso attività di gruppo come brainstorming;
- (c) scopi: ridurre il disagio giovanile ed effettuare attività di prevenzione;
- (d) limiti: difficoltà nell'incontrare i ragazzi in presenza;
- (e) durata delle attività: a cadenza settimanale fino all'esaurimento delle ore messe a disposizione dal bando per l'anno scolastico 2020/2021;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia al seguente indirizzo: www.oprs.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.

Il Professionista
Graziella Parisi

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.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 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 minorenni.....
nato 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 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 minorenni.....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 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