

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

La sottoscritta dott.ssa Alessandra Sozzi, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 9704, email: [sportello.vian@lostudiogea.it](mailto:sportello.vian@lostudiogea.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il **liceo scientifico " Ignazio Vian"** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso aula dedicata dall'Istituto medesimo, oppure in modalità online a seconda delle necessità e dello stato di emergenza Covid

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

(a) tipologia d'intervento: interventi in classe, colloqui individuali con studenti, docenti, personale ATA, genitori, personale amministrativo afferente all'Istituto

(b) modalità organizzative: prenotazione online tramite il seguente indirizzo di posta elettronica [sportello.vian@lostudiogea.it](mailto:sportello.vian@lostudiogea.it) e/o prenotazione diretta con la dott.ssa Sozzi nelle giornate di presenza a scuola.

(c) scopi: ascolto e riflessione sulle problematiche presentate; mediazione della comunicazione tra utenti, tecniche di problem solving applicate alle difficoltà riportate, approccio psico-pedagogico alle problematiche inerenti lo studio, aiuto nella gestione delle emozioni

(d) limiti: massimo 5 incontri individuali ad personam

(e) durata delle attività: 30/40 minuti a colloquio, 1-2 ore nelle classi

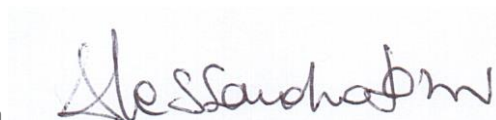
Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

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.

Data 13/11/2023

Il Professionista



**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 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