

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

La sottoscritta dott.ssa Maria Iannone, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n. 7023, [maria.iannone@psypec.it](mailto:maria.iannone@psypec.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il *Liceo Classico Statale Augusto*, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Classico Augusto con sede in via Gela n° 14, Roma.

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

-tipologia d'intervento: sportello di ascolto psicologico individuale rivolto a studenti, docenti, genitori e personale ATA; ove richiesto, sono previsti interventi di supporto al gruppo classe e di supporto al gruppo docenti;

-modalità organizzative: gli interventi si svolgeranno settimanalmente, tenendo conto delle richieste di partecipazione pervenute e dei bisogni individuati;

-scopi: promuovere il benessere individuale e collettivo dei membri della comunità scolastica; contrastare la dispersione scolastica;

-limiti: lo sportello non offre interventi da intendersi come sostitutivi di servizi più strutturati e puntuali, come la psicoterapia.

-durata delle attività: lo sportello si svolgerà negli anni scolastici 2023/2024 e 2024/2025, non oltre il monte ore concordato.

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.psy.it](http://www.psy.it).

I dati personali e sensibili della persona che si rivolge 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 .....**

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La signora/ Il signor ..... 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 Maria Iannone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorente.....

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 Maria Iannone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorente.....

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 Maria Iannone 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 minore.....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 dalla dott.ssa Maria Iannone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore