

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

La sottoscritta dott.ssa **Carla Ciccoli**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. **18032**, email: **carla.ciccoli@gmail.com** prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'**Istituto Comprensivo "Pio La Torre"** fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso:

**Plesso Ranaldi: via di Torrevecchia, 675 – 00168 Roma**

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

**(a) tipologia d'intervento:**

Sportello d'ascolto e consulenza psicologica, con colloqui individuali per alunni, personale scolastico, famiglie.

**(b) modalità organizzative:**

Lo sportello d'ascolto è attivo il lunedì dalle ore 09:00 alle ore 12:00.

**(c) scopi:**

Lo sportello è finalizzato alla relazione di aiuto e supporto, è uno spazio di confronto su problematiche interne e relazionali che offre strategie mirate alla prevenzione e al contenimento del disagio e alla promozione del benessere.

**(d) limiti:**

l'accesso allo Sportello è di massimo 3/4 incontri con la durata variabile dai 30 ai 45 minuti. Non si tratta in alcun modo di una terapia o di un percorso diagnostico.

Non sarà possibile stabilire rapporti esterni al progetto per tutta la durata dello sportello d'ascolto.

**(e) durata delle attività:**

Da gennaio a maggio 2023.

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 raccolti durante tutta l'attività verranno trattati secondo l'applicazione del Codice in Materia di Protezione dei Dati – D.Lgs n. 196 del 30/6/2003 in vigore dal 1° gennaio 2004 e succ.mod. – (questa normativa ha abrogato la precedente Legge 675/96),, 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. sottoscriverlo.

**Il Professionista**

**Dott.ssa**



**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorene.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
Tel.....

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 CICCOLI presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorene.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
Tel.....

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 CICCOLI 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 minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante).....,data.....  
numero.....

residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
Tel.....

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