

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

La sottoscritta dott.ssa Silvia Maulucci, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 15641,

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Fondazione Cristo Re, Ente Gestore dell'Istituto scolastico paritario Cristo Re di Roma, via Acherusio 71 fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese - sia in presenza presso la sede della Fondazione Cristo Re sia in remoto tramite videochiamata - in favore degli Utenti dell'Istituto scolastico Cristo Re e dei Dipendenti della Fondazione Cristo Re.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) Tipologia d'intervento: consultazione psicologica;
 - b) Modalità organizzative: il colloquio avverrà in presenza o tramite videochiamata;
 - c) Scopi: analisi della domanda e, se necessario, un percorso psicologico breve e/o un invio;
 - d) Limiti: durata dell'intervento;
 - e) Durata delle attività: max 5 colloqui;
- 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.
- 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 (firma) _____



MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ Il Docente/ Il genitore/ Il dipendente con funzioni A.T.A. _____ 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 _____ presso lo Sportello di Ascolto istituito presso la Fondazione Cristo Re.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
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.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto istituito presso la Fondazione Cristo Re.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
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 _____ presso lo Sportello di ascolto istituito presso la Fondazione Cristo Re.

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 _____ presso lo Sportello di ascolto istituito presso la Fondazione Cristo Re.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____