

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

La sottoscritta Dott.ssa \_\_\_\_\_, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;  
cell. \_\_\_\_\_;  
mail: \_\_\_\_\_;

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico LICEO VICO NAPOLI fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede del Liceo Vico Via S. Rosa, 117 Napoli;
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - ✓ tipologia d'intervento Sostegno volto a promuovere il benessere e a prevenire e contrastare il disagio affettivo e relazionale di studenti/esse, docenti e famiglie
  - ✓ modalità organizzative Prenotazione telefonica o via mail

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 \_\_\_\_\_, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11); può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Incompatibilità per tutta la durata dell'incarico e fino a due anni successivi allo al termine dello stesso, da parte della Dott.ssa \_\_\_\_\_, di stabilire rapporti professionali di natura diversa rispetto a quelli oggetto del presente Protocollo con il personale scolastico e con gli studenti, e loro familiari, delle istituzioni scolastiche nelle quali prestano il supporto psicologico

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.***

**Il Professionista (firma).....**

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

### **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, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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.

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, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e presta il consenso con piena consapevolezza affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_