

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO
a cura dell'Ordine degli psicologi Regione Lazio**

La sottoscritta Dott.ssa Susanna Sardilli, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 5228/94, recapito telefonico 3339193042, indirizzo di Posta Elettronica spazioascolto@liceovivona.edu.it, in co-presenza con la sua assistente-collaboratrice Dott.ssa Arianna Poncetta, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 29089, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Ginnasio Statale Francesco Vivona, fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Ginnasio Statale Francesco Vivona, nella sede Centrale e nella Succursale di Via Brancati, nel totale rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy.

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

(a) tipologia d'intervento: colloqui di consulenza psicologica in forma individuale o in piccoli gruppi, in presenza o in modalità online; incontri con i gruppi classe, concordati con i Docenti Coordinatori delle singole classi.

(b) modalità organizzative: la richiesta del colloquio o dell'intervento, deve avvenire tramite mail all'indirizzo spazioascolto@liceovivona.edu.it o telefonicamente alla Dott.ssa Sardilli 3339193042 anche utilizzando WhatsApp; nel caso di studenti minorenni, previa autorizzazione scritta di entrambi i genitori come da modulo allegato;

(c) scopi: integrazione delle competenze psicologico-educative al fine di sostenere studentesse e studenti, i loro familiari, i docenti, il personale scolastico, nel delicato processo di co-costruzione di una "scuola di vita"; individuazione e avvio al recupero del disagio psicologico, intrapsichico e relazionale.

(d) limiti: gli interventi individuali o di gruppo classe si svolgeranno settimanalmente nella giornata di giovedì in orario scolastico ed extrascolastico compatibilmente agli orari di apertura e chiusura della Sede Centrale e della Succursale;

(e) durata delle attività: in funzione della richiesta.

I professionisti, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti 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.

Le Professioniste

Dott.SUSANNA SARDILLI
Psicologo - Psicoterapeuta
Ordine Psicologi Lazio 5228/94
Via Conte Verde 31 - 00185 Roma
C.F. SR0SNN64E81H501L
P.I. 10305090580



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dalle professioniste e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali anche in modalità Online rese dalle dott.sse S. Sardilli e A. Poncetta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalle professioniste e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali anche in modalità Online rese dalle dott.sse S. Sardilli e A. Poncetta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalle professioniste e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali anche in modalità Online rese dalle dott.sse S. Sardilli e A. Poncetta 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 minorenni.....In ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalle professioniste e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la minore possa accedere alle prestazioni professionali anche in modalità Online rese dalle dott.sse S. Sardilli e A. Poncetta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore