

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

Il sottoscritto dott. Giuseppe Angelino, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 6049, (inserire un recapito telefonico, o indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria o PEC - Posta Elettronica Certificata, o ogni altra informazione utile affinché il professionista possa facilmente essere contattata/o) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Duilio Cambellotti di Rocca Priora (Rm) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede scolastica in orario curriculare (lunedì dalle ore 9.00 alle ore 11.00) o a distanza in modalità telematica (su appuntamento).

Le attività dello sportello di Ascolto avranno lo scopo di offrire consulenza e supporto psicologico a studenti e famiglie per rispondere ad eventuali traumi e disagi derivanti anche dall'emergenza COVID-19.

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) 

→L'attivazione del servizio è subordinato alla compilazione del modulo di consenso, firmato da entrambi i genitori e completo di copia dei relativi documenti di identità, che deve essere inviato a segreteria@icroccapriora.it o consegnato in copia cartacea dall'alunno alla prof.ssa Paola Aurnia.

Le famiglie interessate, una volta inviato il presente modulo, potranno contattare direttamente il dott. Angelino (3397538428/email: giuangelino@ibero.it).

La Sig.ra madre del minore.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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. Giuseppe Angelino presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minore.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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. Giuseppe Angelino presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Dichiaro di essere genitore unico (vedovo/a, ragazzo/a padre/madre o perdita di patria potestà documentati)

