

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

La sottoscritta Dott.ssa Patrizia Biscu, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 17472, con indirizzo email patrizia.biscu@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto d'istituto presso l'Istituto Carlo Urbani, fornisce le seguenti informazioni.

- a) le prestazioni saranno rese in presenza previa prenotazione da inviare all'indirizzo mail sportellodascolto@istitutocarlourbani.edu.it ;
- b) le attività dello sportello d'ascolto saranno come di seguito organizzate:
  - durata dell'incontro: 20 minuti circa;
  - scopo: supporto psicologico.

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 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

Dott.ssa Patrizia Biscu

### PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

#### **MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra..... madre del minorene.....  
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. ....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.....  
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. ....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.....  
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