

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

Il sottoscritto dott. Michele Padovano, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 23123, (3271507637, michele.padovano90@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. Pascoli- Forgione fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'I.C. Pascoli- Forgione.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate: (a) tipologia d'intervento: colloqui psicologici; (b) modalità organizzative: sportello psicologico; (c) scopi accoglienza: richiesta di aiuto di natura psicologica; (d) durata delle attività: numero limitato di incontri.

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.opl.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

PADOVANO MICHELE

DATI STUDENTE

L'ALUNNO/A.....NATO/A
IL.....A..... APPARTENENTE ALLA CLASSE.....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

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. Michele Padovano presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenne
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. Michele Padovano 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 minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
.....
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 minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore