# CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZI[ONI DI CONSULENZA](http://www.itiscassino.edu.it/) PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa, Alessia Prata Psicologa prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito per conto dell’ Istituto Tecnico Industriale Statale Ettore Majorana, di Cassino, fornisce le seguenti informazioni.

**LE ATTIVITÀ DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO SARANNO COME DI SEGUITO ORGANIZZATE:**

1. **tipologia d'intervento:** ascolto ed orientamento psicologico;
2. **modalità organizzative:** l’utente contatta il responsabile dello sportello psicologico della scuola e prenota un colloquio, l’utente che formula richiesta di colloquio, riceverà il presente modulo, che andrà compilato in tutte le sue parti, firmato e restituito a mano all’esperto;
3. **scopi:** sostenere psicologicamente l’utenza primaria e secondaria dell’istituto;
4. **limiti**: considerando che lo sportello si riferisca all’ascolto psicologico e non ad un percorso psicoterapico, l’utente potrà essere ricevuto un paio di volte e poi inviato agli specifici servizi del territorio;
5. **durata delle attività**: la dr.ssa Alessia Prata resta a disposizione dell’utenza nei tempi e modalità definiti dalla circolare scolastica, nei giorni di Lunedì e Venerdì, la durata del singolo colloquio è di circa 45 minuti;

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, resteranno responsabilità dell’Istituto stesso, nel merito dei dati riferiti al professionista, questi saranno 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.

Nel caso di utenti di minore età, il consenso al trattamento va rigorosamente firmato da entrambi i genitori e l’esperto non potrà procedere all’ascolto del minore se prima non è stato prodotto tale consenso.

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

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

## MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente ………………………………………………………………………………………………….

Frequentante la classe ….. sez. ……..dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Alessia Prata presso lo Sportello di ascolto on line.

Luogo e data Firma

|  |
| --- |
| ***MINORENNI*** La Sig.ra .............................................................................................................. madre del minore……………………………………………………………………………………………………………………………….. nata a ........................................… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente................................................................ 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 dalla dr.ssa Alessia Prata presso lo Sportello di ascolto on line.  Luogo e data Firma della madre Il Sig. ........................................................................................................................... padre del minorenne…………………………………………………………………………………………………….. 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 dalla dr.ssa Alessia Prata presso lo Sportello di ascolto on line.  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/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 dalla dr.ssa Alessia Prata presso lo Sportello di ascolto on line.

Luogo e data Firma del tutore