

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

La sottoscritta dott.ssa Di Pietrangelo Melania, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi della Puglia n. 6671, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Comprensivo G. Mazzini, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese disponibili a tutte le classi del suddetto istituto.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno gratuite e finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d’aiuto al fine di promuovere il benessere dello stesso, a partire dalla risoluzione delle problematiche emerse.
- Gli strumenti principali d’intervento saranno la “relazione” tra Psicologo e minore e il colloquio clinico.
- La frequenza degli incontri sarà settimanale a partire da Venerdì 17 novembre 2023.
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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.

La Sig.ra _adre del
minorenne..... 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 dalla dott.ssa Di Pietrangelo Melania presso lo Sportello di ascolto.

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 dott.ssa Di Pietrangelo Melania presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre
