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

La sottoscritta dott.ssa Maria Giulia Biagini, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n.6171; mail: mariagiulia.biagini@gmail.com; pec: mariagiulia.biagini.423@psypec.it
prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Scientifico G.Galilei di di Siena fornisce le seguenti informazioni.
Le prestazioni saranno rese presso i locali scolastici.
Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:
(a) tipologia d'intervento: colloqui individuali di ascolto psicologico della durata di circa 30-45 minuti
(b) modalità organizzative: gli alunni prenderanno appuntamento tramite la prof.ssa Anita Vannini.
(c) scopi: favorire il benessere degli alunni e degli insegnanti a scuola; promuovere e rafforzare la comunicazione scuola-famiglia e suggerire eventuali modalità di intervento
(d) durata delle attività: da ottobre 2025 a giugno 2026, con cadenza settimanale.
Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.
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. Titolare del trattamento dati è la scuola.
Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, in modo tale che il/la proprio/a figlio/a possa accedere al servizio qualora lo ritenga necessario, in qualunque momento dell'anno scolastico.

Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre 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 dal dott 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 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 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 dal dott presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore

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**