

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

Il sottoscritto dott. Maurizio Valvo, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Monterotondo Buozi fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le Sedi di Via Fratelli Bandiera, Via Piave, Via della Costituzione come da circolare.

La consulenza, attiva da molti anni presso questo Istituto si propone di sostenere studenti, docenti e le famiglie affiancandoli nel delicato impegno di supporto alla crescita: una iniziativa che in questo periodo di emergenza sanitaria con le ricadute emotive e psicologiche vissute da molti, si conferma ancora più preziosa. Tutte le attività progettuali hanno lo scopo di supportare in un contesto familiare e collaborativo le componenti scolastiche per un intervento sia di tipo preventivo che di sostegno nelle crisi evolutive. La scuola attraverso lo sportello di ascolto mira a supportare ed educare le nuove generazioni e le loro famiglie ad una dimensione affettiva stabile ed armonica.

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.

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.

SOTTOSCRIZIONE MINORENNI

La Sig.ra _____, madre del minore
_____, 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. Maurizio Valvo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ firma della madre

Il Sig. _____, padre del minore
_____, 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. Maurizio Valvo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ firma del padre
