

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

La sottoscritta dott.ssa Isabella Remigio, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio al n. 24409 –posta elettronica: [remigio.psy@gmail.com](mailto:remigio.psy@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "Confalonieri - De Chirico" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "Confalonieri - De Chirico" presso tutte le sedi: Sede Centrale (Via Beata Maria de Mattias, 5, 00183 Roma RM); Sede Succursale a Largo Pannonia (n.37, 00183 Roma RM); Sede succursale a Via Cerveteri (n. 53, 00183 Roma RM); Sede succursale a via Alessandro Severo ( 00145 Roma RM).

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- (a) La prestazione che verrà offerta è finalizzata all' assistenza e supporto psicologico rivolto agli alunni, alle famiglie degli alunni ed al personale scolastico;
- (b) Le prenotazioni dovranno essere effettuate al seguente indirizzo di posta elettronica: [remigio.psy@gmail.com](mailto:remigio.psy@gmail.com), allegando il modulo del consenso informato debitamente firmato e compilato.
- (c) Le modalità organizzative sono previste in presenza, in giorni e orari previsti dal Calendario pubblicato sul sito dell'Istituto.
- (d) Ogni singola seduta ha durata di 60 minuti;

Si informa:

- 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](http://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.

**Il Servizio di Sportello d'ascolto psicologico non potrà aver luogo senza la presentazione del Consenso Informato, debitamente compilato e sottoscritto.**

PERSONALE SCOLASTICO; Indicare il tipo di servizio:

- Sede Centrale a Via B.Maria, *tipo servizio*..... ;

- Sede Succursale a Largo Pannonia, *tipo servizio*..... ;
- Sede succursale a Via Cerveteri, *tipo servizio*..... ;
- Sede succursale a Via Alessandro Severo, *tipo servizio*.....;

ALUNNO: Indicare con un "x" la sede e la classe di frequenza:

- Sede Centrale a Via B.Maria, *Classe*.....;
- Sede Succursale a Largo Pannonia, *Classe* .....
- Sede succursale a Via Cerveteri, *Classe*.....;
- Sede succursale a Via Alessandro Severo, *Classe* .....

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DEL PERSONALE SCOLASTICO COMPILARE IL CAMPO SEGUENTE**

**PERSONALE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a.....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DEI GENITORI COMPILARE IL CAMPO SEGUENTE**

**MADRE**

la sottoscritta.....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**PADRE**

Il sottoscritto..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**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 dalla *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....  
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 Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorenni.....  
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 Isabella Remigio* 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 minorenni ..... 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 *dott.ssa Isabella Remigio* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore