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

La sottoscritta dott.ssa Roberta Sette, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta/o all’Ordine degli Psicologi del Lazio n.20389, (cell. 3470957826, e-mail psicologa@robertasette.it o PEC - Posta Elettronica Certificata, robertasette@psypec.it)prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Media “A. Galieti” in Campoleone, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali messi a disposizione della scuola nel rispetto della privacy;

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

(a)tipologia d'intervento: colloqui individuali, per un supporto psicologico sulle tematiche emerse duranti gli incontri previsti dal progetto Bullismo e Cyberbullismo svolto a scuola;

(b) modalità organizzative: in accordo con la scuola sarà gestita l’affluenza dei ragazzi allo sportello d’ascolto durante l’orario scolastico;

 (c) scopi: offrire uno spazio protetto ai ragazzi per poter parlare delle loro difficoltà, senza alcun tipo di intervento valutativo o diagnostico;

 (d) durata delle attività: fino alla fine dell’anno scolastico in corso;

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 dei dati, 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.

***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