



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

La sottoscritta dott.ssa Giulia Angelici, psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.27059, recapito telefonico: 3406041547; indirizzo di Posta Elettronica PEC giulia.angelici@pec.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo sportello di ascolto istituito presso la Scuola ITCG Carlo Matteucci, fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso ITCG Carlo Matteucci, Via Roberto Rossellini, 5, Roma;

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

- (a) **tipologia d'intervento.** Prestazioni di counseling psicologico;
- (b) **modalità organizzative.** Gli incontri, con cadenza quindicinale, dovranno essere prenotati tramite l'indirizzo email della Dott.ssa Giulia Angelici (giuliaangelici2@gmail.com);
- (c) **scopi.** Accogliere i ragazzi ed i loro pensieri, dubbi, preoccupazioni e problematiche inerenti le difficoltà di sviluppo e di relazione.

Possibilità, previo appuntamento e secondo calendario, di incontri con i genitori che desiderino avere un confronto rispetto a tematiche inerenti i propri figli, la genitorialità e/o il disagio giovanile;
- (d) **limiti.** Lo sportello d'ascolto è dedicato a tutti gli studenti che vorranno partecipare. A questo scopo il numero di incontri per ogni studente sarà stabilito in relazione alle richieste;
- (e) **durata delle attività.** Gli incontri si terranno da novembre 2022 a maggio 2023 secondo calendario stabilito con la scuola ed avranno una durata di mezz'ora ciascuno.

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.

Il Professionista (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 dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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

