

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

La sottoscritta dott.ssa Annalisa Rua Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 7594, reperibile all'indirizzo mail psicologa@fermi.edu.it , prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico presso il Liceo Scientifico "Enrico Fermi" di Genova, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali dell'Istituto o, previa specifica autorizzazione da parte del Dirigente scolastico, in modalità online. L'attività di consulenza svolta all'interno dello Sportello di Ascolto Psicologico non prevede compenso economico da parte dei beneficiari.

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.psy.it/cnop/. 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. Dottoressa Annalisa Rua

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
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 dalla Dott.ssa Annalisa Rua 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 dalla Dott.ssa Annalisa Rua 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

Dottoressa Annalisa Rua