

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

Il sottoscritto.....o la sottoscritta.....in relazione all'incarico professionale svolto dalla Dott.ssa Giulia Massei, Psicologa – Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n°27515, cell. 3200321928 e-mail psicologopetrocchi@liceoartisticopistoia.edu.it, all'interno del servizio di supporto psicologico presso il Liceo Artistico Petrocchi A.A. 2024/2025.

è/sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (*di seguito C.D.*) reperibile on line sul sito <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>;
2. la prestazione offerta è di consulenza psicologica finalizzata al supporto della crescita e della maturazione personale, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i pari, con i genitori e con i docenti e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo in una relazione di supporto;
3. la prestazione, della durata di max 3 incontri, verrà svolta all'interno dei locali scolastici in orario curricolare, secondo calendario comunicato attraverso i canali ufficiali della scuola, previa richiesta dal minore tramite e-mail;
4. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato lo strumento del colloquio psicologico;
5. in qualsiasi momento è possibile sospendere il presente consenso sottoscritto, comunicandolo in forma scritta alla mail sopra fornita della professionista;
6. lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11 C.D.) che può derogare soltanto in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del C. D. o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria. Pertanto, salvo le condizioni appena citate, se nel corso degli incontri dovessero emergere tematiche che richiedano un maggiore approfondimento, la psicologa potrà indirizzare presso un servizio adeguato;
7. contestualmente alla presente si autorizza, ai sensi dell'art. 12 del C.D., la Dott.ssa Giulia Massei a confrontarsi e riferire, rispetto alle informazioni apprese durante gli incontri, soltanto quanto concordato e ritenuto strettamente necessario, alla scuola e/o ai servizi competenti per territorio, in virtù del benessere e del percorso di crescita e scolastico;

8. la prestazione non prevede alcun costo a carico del richiedente in quanto rientra nel servizio di supporto psicologico svolto dalla Dott.ssa Giulia Massei all'interno dell'Istituto

La Dott.ssa Giulia Massei è Titolare dei dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello d'Ascolto, raccolti durante lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo consenso. I dati, 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 D.Lgs. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Al fine di fornire il consenso per lo svolgimento della prestazione descritta, si invita a leggere attentamente il contenuto del presente modulo

La Dott.ssa Giulia Massei rimane disponibile per chiarimenti, dubbi e perplessità sul contenuto del consenso informato.

MAGGIORRENI

Il/la Sottoscritta.....nato/a a.....

il ___/___/___

e residente a in via/piazza.....n.....

C.F.

dichiara di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Giulia Massei presso lo Sportello di ascolto e al trattamento dei dati sensibili per le finalità indicate nel presente consenso

Luogo e data

Firma