

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

Il sottoscritto.....e 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 al minore 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 i genitori 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, previo accordo con il minore, potrà richiedere un incontro con i/il genitori/tutore e, se richiesto, 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 del minore;

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 e a compilare esclusivamente il riquadro interessato in ogni sua parte. IL PRESENTE MODULO, INSIEME AL DOCUMENTO DI IDENTITÀ F/R DI ENTRAMBI I GENITORI, O DEL TUTORE; DOVRÀ ESSERE INVIATO ALLA MAIL SOPRA INDICATA

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

MINORENNI

La Sig.ranata a il ___/___/____
e residente a in via/piazza.....n.....
C.F.

madre del minore.....

dichiara di aver compreso quanto 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 Giulia Massei presso lo Sportello di ascolto e al trattamento dei dati sensibili per le finalità indicate nel presente consenso

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.nato a il ___/___/____
e residente a in via/piazza.....n.....
C.F.

padre del minore.....

dichiara di aver compreso quanto 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 Giulia Massei presso lo Sportello di ascolto e al trattamento dei dati sensibili per le finalità indicate nel presente consenso

Luogo e data

Firma del padre

MINORENNI SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il ___/___/___

Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto 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 Giulia Massei presso lo Sportello di ascolto e al trattamento dei dati sensibili per le finalità indicate nel presente consenso

Luogo e data

Firma del tutore