

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

La sottoscritta Dott.ssa Lucrezia Tomberli, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 08613, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Petrocchi – sede di Quarrata (PT) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali del liceo.

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

(a) tipologia d'intervento: sportello di Ascolto psicologico rivolto agli studenti;

(b) modalità organizzative: gli studenti potranno accedere allo Sportello di Ascolto a loro dedicato per un massimo di 4 incontri nell'a.s 2023/2024. Per accedere allo sportello sarà necessario che lo studente invii un'email a [sportelloascoltoquarrata@liceoartisticopistoia.edu.it](mailto:sportelloascoltoquarrata@liceoartisticopistoia.edu.it) ;

(c) scopi: obiettivo dello Sportello di Ascolto è quello di favorire uno spazio di confronto e dialogo rispetto a determinati vissuti psicologici di sofferenza (ansia, preoccupazioni, difficoltà scolastiche o relazionali, ecc.).

(d) limiti: lo sportello di Ascolto ha dei limiti temporali dal momento che lo spazio dedicato a ciascun alunno non potrà andare oltre un determinato numero di incontri supportivi ed orientativi valutati caso per caso dalla Dott.ssa Lucrezia Tomberli.

(e) durata delle attività: anno scolastico 2023/2024.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologitoscana.it](http://www.ordinepsicologitoscana.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.

**Nota. Si rende necessario che ci siano ENTRAMBE le FIRME dei genitori nel modulo di consenso o, ove presenti, tutori legali. Non sarà ritenuto idoneo un consenso informato sprovvisto delle dovute e complete firme di consenso.**

Il Professionista (firma)



**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....

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 Lucrezia Tomberli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenn.....

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 Lucrezia Tomberli 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 minorenn..... 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 dalla dott.ssa Lucrezia Tomberli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore