

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

La sottoscritta Dott.ssa Giacovelli Annarita, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 5636 - recapito telefonico 3476822241 - email consulenza@equilibriopsicologico.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'istituto comprensivo Amerigo Vespucci di Firenze fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello Sportello di Ascolto saranno organizzate come indicato di seguito:

Tipologia d'intervento: Sportello di Ascolto Psicologico

- per il personale scolastico in presenza oppure online tramite Google Meet;
- per gli alunni presso la scuola Manzoni in via Giovanni Sgambati, 30 Firenze – 50127;
- per i genitori in modalità online tramite Google Meet;

Il colloquio ha una durata di 50 minuti.

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.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.

Il Professionista Dott.ssa Annarita Giacovelli

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO
ALLEGARE DOCUMENTO/I DI IDENTITÀ**

PERSONALE SCOLASTICO E GENITORI

La sottoscritta Il sottoscritto
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Giacovelli Annarita presso lo
Sportello di ascolto.

Firme

Luogo e data

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 dalla Dott.ssa Giacovelli Annarita presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....
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 dalla Dott.ssa Giacovelli Annarita 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 minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
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 minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dalla Dott.ssa Giacovelli Annarita presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore