

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

La sottoscritta, dott.ssa Pamela Ursoleo, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania in data 8/9/2009 n. 4156, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo di Montecorvino Pugliano, fornisce le seguenti informazioni:

- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell'utente;
- le prestazioni saranno rese in presenza, presso le sedi dell'Istituto, e in modalità telematica, nei giorni e negli orari indicati nella calendarizzazione resa nota dalla scuola;
- le prestazioni saranno finalizzate all'ascolto, alla consulenza, all'integrazione, all'inclusione e al successo formativo e personale.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

Il/La Sottoscritto/a dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....
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 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/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 presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore