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

La sottoscritta dott.ssa Eugenia Durgoni, Psicologa, iscritta/o all’Ordine degli Psicologi del Veneto nr. 10353, (eugeniadurgoni@gmail.com)prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’*Istituto comprensivo Carlo Levi* fornisce le seguenti informazioni:

* le prestazioni saranno rese presso la sede dell’*Istituto comprensivo Carlo Levi.*
* le attività dello sportello di Ascolto si baseranno sui metodi della consulenza psicologica.

Il professionista si impegna a:

* fornire informazioni psicoeducative;
* agire in ottica di prevenzione primaria e secondaria;
* rispondere al bisogno di informazione e supporto psicologico degli studenti;
* fornire indicazioni su ulteriori setting di cura laddove necessario.

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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.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.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minore…………………………………………………….

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 dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minore…………………………………………………….

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 dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre