

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

“SPORTELLO BENESSERE”

La sottoscritta dott.ssa Enrica Cellitti, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 22044, specializzata in Psicoterapia psicodinamica dell’età evolutiva presso l’Istituto di Ortofonia (IDO) di Roma, reperibile al 3383030634 o ai seguenti indirizzi di posta elettronica: enrica.cellitti@gmail.com, sportellobenesseregenitori@comprensivogaribaldi.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo **Sportello di Ascolto** istituito presso l’**Istituto Comprensivo “G. Garibaldi” Genazzano** (Roma), plessi di Genazzano e San Vito, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i diversi plessi dell’Istituto.

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

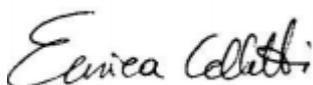
- a) tipologia d'intervento: consulenza psicologica ad alunni, insegnanti e genitori; Interventi nelle classi; eventuali attività di screening degli apprendimenti;
- b) modalità organizzative: saranno concordate di volta in volta mediante appuntamento da fissare con lo psicologo referente di Sportello;
- c) scopi: promuovere il benessere psicologico supportando alunni, insegnanti e famiglie;
- d) limiti: le attività hanno il solo fine di consulenza e non configurano prestazioni terapeutiche;
- e) durata delle attività: **da gennaio 2024 a giugno 2025.**

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.

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.

Dott.ssa Enrica Cellitti



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene..... classe
nata a (dati del genitore) 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 Enrica Cellitti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorene..... Classe
nato a (dati del genitore) 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 Enrica Cellitti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

IN CASO DI MINORI AFFIDATI A UN TUTORE

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a (dati del tutore) il ___/___/___
Tutore del minorene.....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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla
dott.ssa Enrica Cellitti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre/padre affidatario
