

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

La sottoscritta dott.ssa **NOEMI BRACCINI, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n. 10888** (noemibraccini@psypec.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.T. "G.C. FALCO" di Capua (CE), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le aule interne alla scuola. Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- la prestazione offerta è una consulenza finalizzata alla promozione del benessere psicologico e al potenziamento delle risorse personali. Non presenta finalità di tipo terapeutico;
- la frequenza e il numero dei colloqui sarà valutata in base alla problematica psicologica e alla disponibilità di ore a disposizione dell'operatrice e dell'istituto;
- in qualsiasi momento l'utente potrà interrompere i colloqui;
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, reperibile online sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Campania al seguente indirizzo: <https://www.oprc.it/deontologia/codice-deontologico/>, in particolare è tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente ed alla famiglia le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- 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 le persone interessate, a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

La Professionista

Dott.ssa Noemi Braccini



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente 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 Noemi Braccini presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

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 Noemi Braccini 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 Noemi Braccini 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 Noemi Braccini presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore