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

La sottoscritta dott.ssa CACCAVALE MARIANGELA Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Campania n. 2669, (Cell: 3392182204, Mail: mariangela\_caccavale@libero.it; Pec: mariangelacaccavale@psypec.it; Studio: via Sarnella 19 – 80035 Nola (NA)) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’ I.C. De Filippo – De Ruggiero di Brusciano fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in modalità in presenza presso l’ I.C. De Filippo – De Ruggiero di Brusciano.

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

1. tipologia d'intervento: SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO PER EMERGENZA COVID-19
2. scopi: BENESSERE PSICOLOGICO DI BAMBINI, RAGAZZI, GENITORI E PERSONALE SCOLASTICO
3. durata delle attività: da NOVEMBRE 2022 a GIUGNO 2023

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.ordinepsicologicampania.it](http://www.ordinepsicologicampania.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***

***MAGGIORENNI***

Il Signor/la Sig.ra …………………………………………………in qualità di …………………….......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 CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

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 CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

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 CACCAVALE MARIANGELA 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 minorenne...............................................................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 CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore