**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO “SPORTELLO PSICOLOGICO”**

La sottoscritta dott.ssa Silvia Della Corte, Psicologa Psicoterapeuta, iscritte all’Ordine degli Psicologi del Molise, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo “Sportello Psicologico” istituito presso l’Ist. Comprensivo Statale “San Giovanni Bosco” fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello “Sportello Psicologico” saranno finalizzate al conseguimento di un migliore equilibrio psichico di gruppo e personale. Gli strumenti principali saranno gli interventi d’aula, condotti con l’intero gruppo-classe sulla base di specifiche necessità, e i colloqui clinici individuali, rivolti ad alunni, genitori e insegnanti a seguito di richiesta dell’interessato. Per prenotarsi, è necessario comunicare la propria volontà di partecipazione al docente coordinatore di classe oppure inviare una email al seguente indirizzo: [silviadcorte@gmail.com](mailto:silviadcorte@gmail.com).

Le prestazioni saranno svolte presso i locali della scuola in orario antimeridiano. La professionista si impegna, durante la prestazione, a situarsi in spazi riservati, in cui non siano presenti soggetti terzi.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio, 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 invitano gli interessati a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**La professionista**

**Dott.ssa Silvia Della Corte**

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

***DOCENTI E Personale ATA***

Il/ La sottoscritto/a ………………………………………………… 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 Silvia Della Corte presso lo “Sportello Psicologico”.

Luogo e data Firma

***GENITORI***

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 Silvia Della Corte presso lo “Sportello Psicologico”.

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 Silvia Della Corte presso lo “Sportello Psicologico”.

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 Silvia Della Corte presso lo “Sportello Psicologico”.

Luogo e data Firma del tutore