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

La sottoscritta dott.ssa **Simona Marricchi**, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 12489, cel. 338-5273326, simona.marricchi@liceoplauto.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il **Liceo Plauto** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in apposito locale all'interno di ciascuna sede dell'Istituto e, all'occorrenza, tramite la piattaforma virtuale in uso nella scuola.

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

(a)tipologia d'intervento - attività di *counseling,* supporto psicologico, orientamento, gestione dei conflitti, completamente gratuita per quanti decideranno di usufruirne;

(b) modalità organizzative – la frequenza, la durata e la puntuale collocazione degli incontri sarà concordata sulla base della specifica situazione;

(c) scopi – il servizio si propone di supportare le alunne e gli alunni, i loro genitori e il personale tutto della scuola nello svolgimento delle proprie attività; intende inoltre facilitare le relazioni, promuovere la crescita all'interno dell'Istituto nonché prevenire forme acute di disagio.

(d)limiti - il servizio non si configura in alcun modo come attività di psicoterapia o di tipo diagnostico;

(e)durata delle attività – dal 13/01/2026 al termine dell'anno scolastico;

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile *on line* sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it, in particolare, per quanto attiene al segreto professionale, derogabile previo valido e dimostrabile consenso della persona assistita. Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia (art. 365 c.p. e art. 334 c.p.p.), la psicologa limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

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.

La Professionista

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

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

***MAGGIORENNI (*studenti maggiorenni, docenti, personale non-docente, genitori)**

Lo/La studente/ssa/ /Il/La Signor/Signora…….…… dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Marricchi 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 dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché .. figli. possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Marricchi 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 .. figli. possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Marricchi 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 Marricchi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore