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

La sottoscritta dott.ssa Elena Presicci, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 3394, (CELL: 3895145536,elena.presicci@marcopolobari.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’ISTITUTO MARCO POLO DI BARI fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese IN PRESENZA presso l’ISTITUTO MARCO POLO DI BARI;

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

A. Tipologia d'intervento consulenza psicologica INDIUVIDUALE e DI GRUPPO in classe;

B. Modalità organizzative: su appuntamento preso tramite invio di email - con disdetta, nel caso di impossibilità, almeno 24 ore prima;

 C. Durata delle attività: dal mese di Novembre 2021 al mese Dicembre 2021;

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del 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 la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

 **Il Professionista**

dott.ssa Elena Presicci

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

***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 Elena Presicci, 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 Elena Presicci, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***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 Elena Presicci, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***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 Elena Presicci, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore