

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa **MARILISA FIOCCA**, Psicologa Psicoterapeuta, Specializzata in Psicoterapia umanistica integrata individuale e di gruppo, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.7023, contattabile attraverso l'email: [marilisa.fiocca@gmail.com](mailto:marilisa.fiocca@gmail.com), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IIS CESARE BATTISTI di VELLETRI fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso L'Istituto CESARE BATTISTI, nelle due sedi di via Parri e via dei Lauri

in base alle richieste e previa prenotazione, nei seguenti giorni ed orari:

- Lunedì dalle 9,00 alle 12,00
- Martedì dalle 10,00 alle 14,00
- Mercoledì dalle 9,00 alle 12,00
- Giovedì dalle 8,00 alle 11,00
- Venerdì dalle 11,30 alle 13,30

Se necessario, per venire incontro alle esigenze degli utenti, gli orari indicati potranno subire delle modifiche.

Inoltre, sarà possibile richiedere l'incontro in orario pomeridiano, in presenza oppure in modalità on-line sulla piattaforma Meet.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, la Psicologa è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.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.

FIRMA della Professionista



**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 Marilisa Fiocca presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

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 Marilisa Fiocca presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....

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 Marilisa Fiocca 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/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 Marilisa Fiocca presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore