



Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027 - CCI 2021IT05SFPR006 - Priorità 3 "Inclusione Sociale" - Obiettivo specifico k) "Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+) ESO4.11" – Azione Cardine 41 - Avviso Pubblico per il potenziamento degli "Sportelli Ascolto" per il supporto e l'assistenza psicologica presso le scuole del Lazio

CUP I19E23000050002

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO 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, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IISS CESARE BATTISTI di VELLETRI fornisce le seguenti informazioni:

Lo Sportello di Ascolto Psicologico è un servizio gratuito per studenti, famiglie, docenti e personale scolastico, attivato grazie al finanziamento del Fondo Sociale Europeo +2021-2027 e della Regione Lazio.

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: Sede Via dei Lauri – 10:00-14,40
- Martedì: Sede Via Parri - orario 8-13,50
- Mercoledì: Sede in base alle richieste - orario 9-14,40

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.

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/piazzan.....

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/piazzan.....

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/piazzan.....

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