



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Ambito territoriale ex ASL 3 – Lagonegro
Distretto della Salute di Lauria**

CONSULTORIO FAMILIARE di Lauria

Tel. 0973 621432/ 621405

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

La sottoscritta dott.ssa Immacolata Amato, psicologa-psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n. 5702, immacolata.amato@aspbasilicata.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "N.Miraglia" di Lauria fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso una sala /un'aula dell'istituto messa a disposizione dallo stesso.

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

L'intervento non ha scopo terapeutico, ma rappresenta uno spazio di ascolto, accoglienza ed orientamento ai servizi del territorio. Lo sportello sarà attivo per due ore a settimana in giorno da concordare con la scuola.

Allo sportello può accedere solo chi è preventivamente autorizzato dai genitori, se minorenni. I maggiorenni possono firmare il consenso da soli. Ogni ragazzo autorizzato può accedere allo sportello per un massimo di tre colloqui, perché se si presenta la necessità di ulteriori approfondimenti sarà più utile l'invio ai servizi territoriali. Lo sportello partirà appena sarà approvato dal Collegio dei docenti e durerà fino alla fine dell'anno scolastico.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine Nazionale Psicologi (CNOP, www.psy.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.

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 dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma



MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
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 dal... dott.
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
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 dal... dott.
.....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 minorenn.....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 dal... dott.
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore