

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

La sottoscritta Dott.ssa Silvia Salza, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 26040, abilitata all'esercizio della professione, mail [sportellopsicologico@icsorianonelcimino.edu.it](mailto:sportellopsicologico@icsorianonelcimino.edu.it) , PEC [silviasalza@psypec.it](mailto:silviasalza@psypec.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. "Ernesto Monaci" Soriano nel Cimino fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di consulenza e sostegno psicologico saranno rese presso i locali della Sede centrale (Scuola Primaria Soriano) e Scuola Secondaria "Caduti di Nassiriya" di Vasanello. Il primo incontro sarà in presenza, mentre i successivi saranno online su MEET, previa prenotazione del colloquio inviando mail all'indirizzo: [sportellopsicologico@icsorianonelcimino.edu.it](mailto:sportellopsicologico@icsorianonelcimino.edu.it). Ogni ragazzo avrà la possibilità di effettuare un massimo di cinque incontri della durata di un'ora ciascuno. È necessario che al primo incontro lo studente/studentessa sia accompagnato/a dal almeno un genitore/tutore e non da persona delegata.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto 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.

Soriano, 04.03.2024

Dott.ssa Silvia Salza

*Silvia Salza*

**CONSENSO INFORMATO PER 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 Silvia Salza 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 Silvia Salza presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

.....

**CONSENSO INFORMATO PER 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 Silvia Salza presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

.....