

Allegato n. 3

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

Il sottoscritto dott. Giuseppe Lo Dico, Psicologo Psicoterapeuta, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 12997, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo 'Marie Curie' di Meda (MB) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il liceo stesso in presenza o, a seconda dello sviluppo della situazione sanitaria attuale, in modalità online.

(a) tipologia d'intervento: lo studente avrà a disposizione 3 colloqui di 30 minuti ciascuno. Tali colloqui non si configurano come parte di un percorso di psicoterapia ma come supporto psicologico relativo a un problema specifico e contingente. Alla fine di tali colloqui, lo psicologo fornirà delle indicazioni su come affrontare le questioni portate

(b) modalità organizzative: sarà necessario scrivere una e-mail a questo indirizzo (...) per conoscere le disponibilità e fissare un colloquio

(c) durata del servizio: il servizio sarà attivo da febbraio a giugno 2021.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine della Lombardia al seguente indirizzo: <https://www.opl.it/public/files/945-codice-deontologico-finale-neutro.pdf>

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.

dott. Giuseppe Lo Dico
Psicologo Psicoterapeuta

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
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 dal... dott.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 dal... dott.presso lo Sportello di
ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore