

Modulo per la prestazione professionale psicologica nel contesto scolastico

I/la/il sottoscritti/a/o, _____, in relazione all'incarico professionale svolto dalla dott.ssa Valentina Olla Pes, psicologa, iscritto all'Albo Professionale degli Psicologi (SEZ. A) N° 21302 dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, tel. 3772838534 E-mail: dottoressa@valentinaollapes.it, all'interno dell'Istituto Comprensivo "S. Canevari" di Viterbo per l'anno scolastico 2022/23,

è/sono informata/o/i sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, e in particolare, rispetto al consenso a prestazioni professionali a soggetti minorenni, a quanto richiamato dall'Art. 31;
2. la prestazione offerta riguarda attività di sportello d'ascolto, che sarà svolta all'interno dei locali scolastici in orario curricolare, secondo il calendario concordato con la Dirigenza Scolastica e comunicato attraverso i canali ufficiali della scuola;
3. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato lo strumento del colloquio psicologico;
4. contestualmente alla presente si autorizza, ai sensi dell'Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a riferire rispetto a informazioni apprese in ragione del rapporto professionale, quanto ritenuto strettamente necessario alla scuola, ai servizi competenti per territorio e/o a qualunque altra figura potrebbe essere pertinente al percorso;

I dati personali e sensibili della persona, 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.

Al fine di fornire il consenso per lo svolgimento della prestazione descritta, si richiede la compilazione esclusivamente del riquadro corrispondente all'utente che accede al servizio.

MINORENNI

La Sig.ra _____
e il sig. _____
genitori del/la minorenni _____
Nato/a a _____ il ____/____/_____
residente a _____ in via/piazza _____ n _____
dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista, e qui sopra riportato, e

decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Olla Pes all'interno dell'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma della madre

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig _____

Tutore del/la minorenni _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____ in via/piazza _____ n _____

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) _____

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 Valentina Olla Pes all'interno dell'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma del tutore