

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

Le sottoscritte dott.sse Psicologhe, iscritte all'Ordine degli Psicologi del Lazio

Viviana De Rosa	Iscr n. 12134	<a href="mailto:dotvderosa.psy@gmail.com">dotvderosa.psy@gmail.com</a> PEC: <a href="mailto:vdr2016@pec.it">vdr2016@pec.it</a>	+39 338 613 7803
Flavia Lanni	Iscr n. 22809	<a href="mailto:Flavia.Lanni@hotmail.com">Flavia.Lanni@hotmail.com</a> PEC: <a href="mailto:Flavia.Lanni@psypec.it">Flavia.Lanni@psypec.it</a>	+39 334 562 7878
Eleonora Peddio	Iscr n. 21442	<a href="mailto:eleonora.peddio@gmail.com">eleonora.peddio@gmail.com</a> PEC: <a href="mailto:eleonora.peddio@psypec.it">eleonora.peddio@psypec.it</a>	+39 340 368 6712

prima di rendere le prestazioni professionali relative al progetto "Ti ascolto - Ti sostengo" presso la Scuola IISS Leon Battista Alberti forniscono le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede centrale in Viale della Civiltà del Lavoro n. 4 e presso la sede succursale in via Vitaliano Brancati n. 19 (Roma), esclusivamente agli studenti che presentano il consenso informato.

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

a) Tipologia d'intervento: Servizio d'ascolto psicologico per prevenire e gestire eventuali difficoltà che emergono nel contesto scolastico; fornire uno spazio di ascolto e un contenitore protetto, in cui poter esprimere tutte le proprie emozioni; migliorare le capacità relazionali del singolo e/o del gruppo;

b) Modalità organizzative: l'attività potrà essere svolta individualmente, attraverso colloquio psicologico, previa prenotazione dell'incontro e in gruppo, attraverso incontri, questionari, osservazioni e attività;

c) Scopi: promuovere il benessere psicologico e scolastico, favorendo il potenziamento delle abilità emotive e relazionali; fornire strumenti idonei nel superamento di difficoltà emotive e scolastiche;

d) Limiti: la prestazione è rivolta esclusivamente agli studenti che presentano il consenso informato; è limitata al contesto scolastico e al progetto in oggetto; in caso di esigenze specifiche saranno coinvolti i genitori. L'intervento non avrà carattere terapeutico, ma si configurerà come un'attività di mera consulenza psico-pedagogica e di mediazione.

e) Durata delle attività: da febbraio 2024 a giugno 2025;

Le professioniste, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute 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.

**Le Dott.sse .....**

**SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/Lo studente.....nato/a a.....  
C.F..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a .....  
in via/piazza.....n..... CAP.....  
Telefono.....Email.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena  
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalle Dott.sse Viviana De Rosa, Flavia Lanni,  
Eleonora Peddio presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**MINORENNI**

La Sig.ra/Il Sig.....genitore del minore .....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a .....  
in via/piazza.....n.....CAP.....  
Email..... telefono..... C.F.....  
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 dalle Dott.sse Viviana De Rosa, Flavia Lanni, Eleonora Peddio presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

La Sig.ra/Il Sig.....genitore del minore .....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a .....  
in via/piazza.....n.....CAP.....  
Email..... telefono..... C.F.....  
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 dalle Dott.sse Viviana De Rosa, Flavia Lanni, Eleonora Peddio presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento,  
Autorità emanante data numero).....residente.....  
in via/piazza.....n.....CAP.....  
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 dalle Dott.sse Viviana De Rosa, Flavia Lanni, Eleonora Peddio presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_