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

La sottoscritta Dott.ssa **Marilena Masuri**, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’Emilia Romagna n. 8569,, mail **marilena.masuri@itis.pr**.**it** prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola **Itis Leonardo da Vinci Parma** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso **l’aula AAA12** e le aule dell’ITIS Leonardo da Vinci di Parma;

Le attività dello saranno come di seguito organizzate:

(a) **tipologia d'intervento**: sportello metodologico didattico, percorsi psicoeducativi di classe, sportello d’ascolto;

(b) **modalità organizzative**: La dott.ssa Masuri sarà presente il martedì e il giovedì dalle 9:00 alle 13:00 sia per le attività dedicate ai ragazzi che per lo sportello d’ascolto rivolto a genitori e insegnanti;

La Dott.ssa Masuri riceve **solo ed esclusivamente,** a seguito della compilazione del presente modulo da consegnare in segreteria studenti e previo appuntamento tramite email all’indirizzo marilena.masuri@itis.pr.it

 (c) scopi: si rimanda al sito <https://www.itis.pr.it/sportello-dascolto-per-alunni-e-genitori/> ;

(d) limiti: gli appuntamenti verranno presi esclusivamente via mail

(e) durata delle attività: Anno scolastico 2022-2023;

Il professionista, 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.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.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 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

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

Luogo e data Firma del tutore