

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI
CONSULENZA PSICOLOGICA**

I professionisti psicologi incaricati per attività di sostegno psicologico all'interno dello sportello d'ascolto "Insieme si può"

MINORENNI	
Minorenne
nat... a.....	il ___/___/_____
e residente a.....
in via/piazza	n.....

forniscono le seguenti informazioni:

Le prestazioni di CONSULENZA E SOSTEGNO PSICOLOGICO saranno rese in presenza presso **Scuola I.T.C. Di Vittorio- I.T.I. Lattanzio** o in alternativa in modalità indiretta (colloquio telefonico, servizio telematico di videoconferenza e/o videochiamata, Whatsapp e Mail) qualora sia necessaria per disposizioni di sicurezza relative all'emergenza sanitaria in atto (Covid-19).

La durata della consulenza, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze della consulenza stessa.

Per il conseguimento degli obiettivi sarà usato il seguente strumento: colloquio psicologico clinico

In qualsiasi momento la persona assistita potrà comunicare al professionista la volontà di interrompere la consulenza in corso, anche con effetto immediato.

In qualsiasi momento il professionista potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente la consulenza per necessità e/o grave impedimento personale, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi.

Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile in cartaceo presso la sede dell'Ordine ovvero on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

MAGGIORENNI

La Sig.ra/ Il Sig. nata/o a
.....il...../...../.....

E residente a.....in
via.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dai professionisti e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali come sopra descritte.

Avendo preso visione dell'apposita informativa sul trattamento dei dati personali, presente sul sito
dell'istituto

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità
indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

GENITORI

La Sig.ra madre del
minorenne.....

nata a..... il ____ / ____ / ____

e residente a

.....
in via/piazza

.....n.....

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 avvalersi delle prestazioni professionali come sopra descritte.

Avendo preso visione dell'apposita informativa sul trattamento dei dati personali, presente sul sito
dell'istituto

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità
indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del padre

Firma della madre