

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027 – Avviso Pubblico per il potenziamento degli “Sportelli Ascolto” per il supporto e l’assistenza psicologica presso le scuole del Lazio – Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale” – Priorità 3 “Inclusione Sociale” – Obiettivo specifico k “Accesso a servizi di qualità” ESO 4.11 – Azione Cardine 41

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

La sottoscritta dott.ssa MARIA FRANCESCA TRULLI, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 26496, ([sportelloascolto@ciofslazio.it](mailto:sportelloascolto@ciofslazio.it)) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola CIOFS FP LAZIO ETS fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede del CFP sita in via Marino Fasan, 58 – 00121 – Ostia (RM);

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

(a) tipologia d'intervento: con il progetto “SPA – Sportello Psicologico di Ascolto per la promozione del benessere mentale dello studente” viene promosso un servizio per comprendere i significati affettivi collegati alla crescita e agli apprendimenti, offrire uno spazio tutelato in cui poter trovare ascolto su problemi relazionali, accompagnamento ai momenti di passaggio scolastici e supporto nei momenti critici legati alla formazione e al futuro;

(b) modalità organizzative: per accedere al servizio sarà necessario effettuare una prenotazione all’indirizzo mail dedicato, oltre che autorizzare al trattamento dei dati e sottoscrivere il presente consenso informato per le finalità indicate;

(c) scopi: incrementare la consapevolezza delle proprie risorse per fronteggiare situazioni e momenti di criticità per dare senso alle problematiche e individuare le risorse presenti e quelle potenzialmente attivabili;

(d) limiti: il servizio non è volto a sostituirsi ad altri servizi esistenti né a offrire percorsi terapeutici, bensì consulenze psicologiche in cui trovare risposte praticabili, sia interne che esterne alla scuola, compreso l’eventuale accesso a percorsi specialistici del territorio;

(e) durata delle attività: anni formativi 2023/2024 e 2024/2025;

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.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.

**Il Professionista (firma).....**

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027 – Avviso Pubblico per il potenziamento degli “Sportelli Ascolto” per il supporto e l’assistenza psicologica presso le scuole del Lazio – Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale” – Priorità 3 “Inclusione Sociale” – Obiettivo specifico k “Accesso a servizi di qualità” ESO 4.11 – Azione Cardine 41

**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 minorenni.....  
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 minorenni.....  
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

**MINORENNI A FIRMA DI UN UNICO GENITORE**

*Ai sensi degli articoli 316,337ter e 337 quater del codice civile e successive modifiche e integrazioni, il consenso per prestazioni di consulenza presso lo sportello psicologico di ascolto scolastico, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condiviso da entrambi i genitori. A tal fine, il genitore che compila il modulo di consenso dichiara di avere effettuato la scelta in osservanza delle suddette disposizioni del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

Firma della madre/del padre \_\_\_\_\_

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027 – Avviso Pubblico per il potenziamento degli “Sportelli Ascolto” per il supporto e l’assistenza psicologica presso le scuole del Lazio – Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale” – Priorità 3 “Inclusione Sociale” – Obiettivo specifico k “Accesso a servizi di qualità” ESO 4.11 – Azione Cardine 41

### **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 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