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

La sottoscritta dott.ssa CISTERNINO DORIANA, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n° 2297, (contattabile al numero di telefono 3397600228, e al seguente indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria [cisterninodoriana@libero.it](mailto:cisterninodoriana@libero.it))prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo statale “Maria Immacolata” fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese IN MODALITA’ A DISTANZA attraverso le piattaforme digitali e/o presso il LICEO STATALE MARIA IMMACOLATA sito in PIAZZA EUROPA 47.

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

1. Tipologia di intervento: Interventi individuali, di classe e/o di gruppo;
2. Modalità organizzative: Per accedere al servizio è necessario contattare telefonicamente la Dott.ssa Cisternino Doriana al numero 3397600228 o al seguente indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria, [cisterninodoriana@libero.it](mailto:cisterninodoriana@libero.it)
3. Scopi: ascolto, consulenza e sostegno ed è finalizzato a individuare situazioni a rischio, problematiche interiori irrisolte, condizioni di disagio, panico e comportamenti innescati dai traumi e/o malessere derivati dall’emergenza COVID-19. Inoltre si propone di aiutare ad affrontare lo stato di solitudine generato dall’isolamento sociale e dalla restrizione di spazi di incontro e socializzazione.
4. Durata delle attività: Gennaio 2022 – Giugno 2022;

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.ordinepsicologipuglia.it](http://www.ordinepsicologipuglia.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**

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente o il genitore………………………………………………… 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