



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto di Istruzione Superiore "Paolo Savi"

Istituto Tecnico Economico - Liceo Scientifico - Istituto Professionale Odontotecnico

Istruzione degli Adulti - Sede Carceraria

Sede uffici di dirigenza e segreteria: V.le R. Capocci, 36 - 01100 Viterbo

Sede di Tuscania: P.zza G. Mazzini, 7 - 01017 Tuscania

Viterbo ☎ 0761/340155 - Tuscania ☎ 0761/435115 -

✉ vtis014004@istruzione.it - vtis014004@pec.istruzione.it

Dott. LORENZO FORTI Psicologo -
iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n° 3 2 3 8 2

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO PSICOLOGICO

Il sottoscritto Dott. LORENZO FORTI,
Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 32382

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello Psicologico istituito presso l'Istituto di Istruzione Superiore "P. Savi" di Viterbo e l'Istituto Tecnico Economico - Liceo Scientifico - Istituto Professionale Odontotecnico di Tuscania dichiara quanto segue:

- Lo Sportello d'ascolto ha come scopo la promozione del benessere psicologico, la prevenzione del disagio, il supporto nelle difficoltà emotive, relazionali e scolastiche, il potenziamento delle risorse personali, nonché l'orientamento verso eventuali servizi specialisti qualora necessario
- Le attività dello Sportello di ascolto non costituiscono un percorso di psicoterapia né di diagnosi clinica. In situazioni che richiedano un intervento specialistico, il professionista potrà suggerire l'invio ai servizi territoriali competenti, nel rispetto del segreto professionale e della normativa vigente
- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi degli Istituti sopra riportati sia in orario scolastico che in orario scolastico e extrascolastico, hanno carattere individuale e si svolgeranno in un ambiente messo a disposizione dalla Scuola e garantiranno la tutela della privacy
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italia.
- Si informa che l'Istituto manterrà agli atti di rendicontazione forniti alla Regione e ad ogni codifica numerica corrisponderà il nominativo dell'utente che ha usufruito del servizio. Il trattamento dei dati ha come fondamento giuridico le disposizioni nazionali e regionali di attuazione del PR Lazio FSE+ 2021-2027.
- L'eventuale rifiuto di prestare il consenso o la mancata comunicazione dei dati da parte degli interessati comporterà l'impossibilità di accedere al servizio.

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo
prima di sottoscriverlo.**

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore e/o esercente la responsabilità genitoriale

nata a _____ il ___/___/_____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma della madre/esercente la responsabilità genitoriale _____

Il Sig. _____ padre del minore e/o esercente la responsabilità genitoriale

nato a _____ il ___/___/_____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma del padre e/o esercente la responsabilità genitoriale _____

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, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma del tutore _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data

Firma