

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA ALL'INTERNO DEL PROGETTO PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO SCOLASTICO E PERCORSI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO**

La sottoscritta Dott.ssa Cristiana Frattesi, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 519, mail [cristianafattesi@virgilio.it](mailto:cristianafattesi@virgilio.it), cell 3479796104, con domicilio eletto a Falconara Marittima, in P.zza G. Mazzini n. 9 (AN), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto ed agli interventi in classe presso l'Istituto Comprensivo Marco Polo di Fabriano (AN), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi individuate dall'Istituto Scolastico o, in alternativa, da remoto, a seconda delle possibilità e necessità.

- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come segue:
  - a) tipologia d'intervento: supporto psicologico
  - b) modalità organizzative: l'attività sarà svolta in forma individuale, attraverso colloquio psicologico, previa prenotazione dell'incontro e firma del consenso informato.
  - c) scopi: lo sportello di ascolto vuole promuovere il benessere psicologico e scolastico, favorendo il potenziamento delle abilità emotive e relazionali.
- La prestazione è limitata al contesto scolastico e al progetto in oggetto.
- La durata della suddetta attività è prevista da aprile a dicembre 2024

La sottoscritta, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.psicamp.it](http://www.psicamp.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 Italiani. Ove emergessero delle aree o problemi su cui fosse importante intervenire, lo psicologo fornirà alla Scuola indicazioni per promuovere iniziative di prevenzione / intervento.

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

**Dott.ssa Cristiana Frattesi**

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

**MAGGIORENNI**

Il/La Signor/a ..... nato a ..... il ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Cristiana Frattesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni ..... Classe: .....  
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 dalla Dott.ssa Cristiana Frattesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorenni ..... Classe: .....  
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 dalla Dott.ssa Cristiana Frattesi 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 minorenni ..... Classe: .....  
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 dalla Dott.ssa Cristiana Frattesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore