

## CONSENSO INFORMATO MINORENNI PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO

I.I.S. Croce-Aleramo A.S. 2024/2024

Nell'ambito del servizio "Sportello d'ascolto", lo Studio di Psicologia e Psicoterapia L'Arco prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola, fornisce le seguenti informazioni:

- Lo sportello d'ascolto psicologico è pensato come uno spazio protetto in cui poter esprimere emozioni e vissuti problematici, in un'ottica di promozione del benessere psicologico e di prevenzione primaria del disagio
- Le attività dello Sportello di Ascolto saranno così organizzate:
  - tipologia d'intervento: colloquio psicologico
  - modalità di accesso: tramite mail all'indirizzo [arcostudiopsi@gmail.com](mailto:arcostudiopsi@gmail.com)
  - durata delle attività: da 1 fino a un massimo di 4 incontri della durata media di 45 minuti
  - destinatari: studenti, genitori e docenti della sede di Viale Bardanzellu
- I professionisti dello Studio L'Arco, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online 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.

La Sig.ra ..... madre del minore.....

nata a ..... il ..... residente a ..... Via.....

dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dai professionisti dello Studio di Psicologia e Psicoterapia L'Arco presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data..... Firma della madre ..... Tel.....

Il Sig. .... padre del minore.....

nato a ..... il ..... residente a ..... Via.....

dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dai professionisti dello Studio di Psicologia e Psicoterapia L'Arco presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data..... Firma del padre..... Tel.....