

Modulo per la prestazione professionale psicologica nel contesto scolastico

l/la/il sottoscritti/a/o, _____
_____, in relazione all'incarico professionale svolto dalla dott.ssa Valentina Olla Pes, psicologa, iscritto all'Albo Professionale degli Psicologi (SEZ. A) N° 21302 dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, tel. 3772838534 E-mail: dottoressa@valentinaollapes.it, all'interno dell'Istituto Comprensivo "S. Canevari" di Viterbo per l'anno scolastico 2022/23,

è/sono informata/o/i sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, e in particolare, rispetto al consenso a prestazioni professionali a soggetti minorenni, a quanto richiamato dall'Art. 31;
2. la prestazione offerta riguarda attività di sportello d'ascolto, che sarà svolta all'interno dei locali scolastici in orario curricolare, secondo il calendario concordato con la Dirigenza Scolastica e comunicato attraverso i canali ufficiali della scuola;
3. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato lo strumento del colloquio psicologico;
4. contestualmente alla presente si autorizza, ai sensi dell'Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a riferire rispetto a informazioni apprese in ragione del rapporto professionale, quanto ritenuto strettamente necessario alla scuola, ai servizi competenti per territorio e/o a qualunque altra figura potrebbe essere pertinente al percorso;

I dati personali e sensibili, 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 _____
Nata a _____ il ____/____/_____
residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

il sig. _____
Nato a _____ il ____/____/_____
residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiarano/dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, e qui sopra riportato, e decidono/decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valentina Olla Pes, all'interno dell'istituto scolastico.

Luogo e data

Firma della signora

Firma del signore