

## Allegato B

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

La sottoscritta dott.ssa Barbara Andolina, Psicologa, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 23604, (mail: [andolinapsicologa@gmail.com](mailto:andolinapsicologa@gmail.com) PEC: [barbara.andolina@psypec.it](mailto:barbara.andolina@psypec.it) )

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Capraia e Limite fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i plessi delle scuole dell'Istituto Comprensivo Capraia e Limite nel corso dell'a.s. 2023-2024 e 2024-2025;

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

Ove richiesto, osservazione/intervento nelle classi per la promozione della salute e la prevenzione di condotte a rischio, in date concordate con la scuola previo consenso di tutti i genitori/tutori alla presenza di un insegnante della classe.

Le attività di osservazione non hanno scopo diagnostico o clinico ma per la promozione del benessere dei destinatari.

Dall'a.s. 2024-2025 Sportello di ascolto per allievi, insegnanti, genitori/tutori degli allievi dell'Istituto, secondo disponibilità

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.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 e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, disponibile su richiesta.

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

#### Il Professionista

Io Sottoscritt .....  
.....

Nat                    a                    .....  
.....

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Barbara Andolina presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

*SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITA'*