Modulo per i minorenni

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

La sottoscritta dott.ssa **Laura Fontecedro**, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 2439, reperibile all'indirizzo e-mail **sportello.ascolto@galileivr.org.**
prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il **Liceo statale "Galileo Galilei" di Verona**, fornisce le seguenti informazioni.
Le prestazioni saranno rese presso la sede principale (via San Giacomo 11, Verona) e presso la succursale dell'istituto (Via Carlo Alberto 46, Verona)
Le attività delle attività e dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

a. **tipologia d'intervento**: progetti all'interno delle classi finalizzati a migliorare la qualità delle comunicazioni e delle relazioni tra pari e con i docenti; incontri con genitori; attivazione sportelli di ascolto;
b. **modalità organizzative**: si stabiliscono di volta in volta con il dirigente, con i coordinatori, con gli insegnanti;
c. **scopi**: il benessere delle studentesse e degli studenti, degli insegnanti e delle figure educative e professionali all'interno della comunità scolastica, in quanto persone ed in quanto membri di una comunità, in ottica inclusiva e rispettosa dei bisogni altrui e delle differenze di genere, di cultura di appartenenza, di classe, di religione;
d. **limiti**: il progetto si intende idealmente attuabile in un contesto di rispetto nei confronti della figura del professionista; la professionista si impegna a non intrattenere rapporti professionali con studenti, insegnanti, personale scolastico, figure educative e genitori differenti da quelli relativi al contratto stipulato con la scuola;
e. **durata delle attività**: da ottobre 2026 a giugno 2027.

La professionista, 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.ordinepsicologiveneto.it.
La dr.ssa Laura Fontecedro è protetta da copertura Rc terzi e Professionale/Spese legali con polizza N. 500216747, Allianz Spa, Milano.
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.
Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La Professionista (firma)  ……

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne ……
nata a ..... il ……/……/…… residente a ……
in via/piazza ……. n. … dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laura Fontecedro presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data — Firma della madre

..... — .....

Il Sig. ..... padre del minorenne ……
nato a ..... il ____/___/____ residente a ……
in via/piazza ……. n. … dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Laura Fontecedro 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 minorenne .....

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

.....

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 Laura Fontecedro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

.....

Firma del tutore

.....