***MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO***

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO *“ALBANO - LOC. CECCHINA”***

*Scuola dell’Infanzia –* Primaria *–* Secondaria di Primo Grado

Piazza XXV Aprile snc – 00041 Albano Laziale(RM) Tel-Fax 069340133 42°

Distretto – Cod. Fis. 90049380588 – Cod. Mec. RMIC8AY00[**2**](http://www.icalbanocecchina.gov.it/)[**www.icalbanocecchina.edu.it**](http://www.icalbanocecchina.edu.it)

e-mail**:** **rmic8ay002@istruzione.it** **–** PEC: **rmic8ay002@pec.istruzione.it**

**Codice univoco per fatturazione elettronica UFKMHQ**

**CONSENSO INFORMATO**

**PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa Maria Cristina Mangiapelo, Psicologa dell’età evolutiva, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 13619, residente in Genzano di Roma, reperibile presso lo studio professionale di Via Scribonio Curione, 16 - Roma – contattabile alle seguenti mail: - sportelloascolto2325@icalbanocecchina.edu.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto Comprensivo “Albano Loc. Cecchina” fornisce le seguenti informazioni.

**Le prestazioni saranno rese presso l’Istituto Comprensivo, nelle classi, presso l’aula dello Sportello di ascolto.**

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

A. tipologia d'intervento: consulenza psicologica a minori; screening dei disturbi dell’apprendimento e dell’età evolutiva attraverso somministrazione di test;

B. modalità organizzative: saranno concordate di volta in volta mediante appuntamento da fissare con lo psicologo;

C. scopi: supportare gli alunni, gli insegnanti

D. limiti: le attività hanno il solo fine di consulenza e non configurano prestazioni terapeutiche;

La dottoressa, 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.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.

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

La Sig.ra ...........................................................................madre del minorenne..............................................................

nata a ....................................................... il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a ....... ............................................... in

via/piazza.......................................................... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui

sopra riportato e decide con piena consapevolezza di:

⎕ prestare

⎕ non prestare

il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Maria Cristina Mangiapelo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ................................................................................... padre del minorenne.............. ........................................ nato

a .............................................. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a ...............................................................in via/piazza

............................................... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e

decide con piena consapevolezza di:

⎕ prestare

⎕non prestare

il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Maria Cristina Mangiapelo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre