

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO

(Si invita la/le persona/e a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo)

La sottoscritta Dott.ssa Pontin Giulia, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 9821, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'I.C. di Feltre, fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola secondaria G. Rocca, al bisogno presso le scuole dell'infanzia o primaria, o, nell'impossibilità di fissare un incontro in presenza, tramite Google Meet;
- la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata, a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;
- gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano la prevenzione al disagio psicologico e/o familiare e/o sociale;
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine all'indirizzo [www.ordinepsicologiveneto.it](http://www.ordinepsicologiveneto.it).
- Gli incontri verranno fissati su appuntamento al seguente indirizzo email : **psicologa.gpontin@comprensivofeltre.edu.it** ;
- gli incontri potranno variare da un minimo di 1 ad un massimo di 3;
- 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. I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.

---

### **MAGGIORENNI (insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)**

l/La/I sottoscritto/a/i ..... dichiara/ano di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide/ono con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Pontin Giulia, presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma/e

### **MINORENNI (compilazione a cura di entrambi i genitori o del tutore)**

I sottoscritti....., genitori dell'alunno/a....., frequentante la classe ..... dell'IC di Feltre, dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Pontin Giulia, presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firme