

Prot. 769/ 02-11-2022

Alla cortese attenzione
Famiglie alunni
"Scuola P.Borsa" Monza

OGGETTO : avvio sportello ascolto psicologico

Lunedì 21 novembre 2022 avrà inizio lo sportello psicologico, a cui potranno accedere tutte le ragazze e i ragazzi della nostra Scuola.

Per poter accedere allo sportello di ascolto psicologico è necessario compilare il modulo per il consenso informato.

Tale modulo deve essere compilato e firmato:

- per ogni studente minorenni da entrambi i genitori (da coloro che detengono la responsabilità genitoriale);
- compilazione e firma dello studente maggiorenne .

Il file del modulo firmato deve essere inviato all'indirizzo mail rmaurizio@scuola-borsa.it .
Seguiranno indicazioni per poter accedere allo sportello di ascolto psicologico.

Cordiali saluti

Il Direttore
Barbara Vertemati



In allegato il modulo da compilare.

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

La sottoscritta Dott.ssa Rosanna Maurizio iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 6093 (rmaurizio@scuola-borsa.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Azienda Speciale di Formazione "Scuola P.Borsa" Monza fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede della Scuola.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: counseling psicologico;
 - b) modalità organizzative: lunedì mattina dalle 9 alle 12
 - c) durata: i colloqui avranno una durata di 45 minuti circa.
- La/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.opl.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

La Psicologa
Dr.ssa Rosanna Maurizio



Sottoscrivere solo le parti di proprio interesse.

MAGGIORENNI

La studentessa _____

Lo studente _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Maurizio Rosanna presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
_____ nata a _____

il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. ___ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Rosanna Maurizio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ *Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____ nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. ___

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Rosanna Maurizio 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 minore _____
_____ in ragione di _____
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) residente a _____
_____ in via/piazza _____ n. ____ dichiara di
aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei
dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di
prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal/dalla dott./dott.ssa Rosanna Maurizio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

*In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori