

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

## “SPORTELLLO BENESSERE”

La sottoscritta **dott.ssa Marica Ierardi**, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 18621, indirizzo mail [marica.ierardi@gmail.com](mailto:marica.ierardi@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo **Sportello di Ascolto** istituito presso l’**Istituto Comprensivo “G. Garibaldi” Genazzano** (Roma), plessi di Genazzano e San Vito, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i diversi plessi dell’Istituto.

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

**(a)** Colloqui psicologici dedicati agli alunni della Scuola secondaria di I grado.

**(b)** Lo sportello psicologico si terrà il giovedì mattina con la frequenza di 5 ore settimanali presso la sede della scuola.

**(c)** Gli obiettivi:

- Offrire ai ragazzi uno spazio ove poter esprimere temi e problematiche riguardanti la crescita, il rapporto con il gruppo dei pari e con i propri ambienti di vita.
- Promuovere la comprensione di comportamenti ed esperienze affettive che, altrimenti, potrebbero essere inconsapevolmente agite.
- Favorire una migliore consapevolezza delle proprie capacità e risorse.
- Offrire uno strumento psicologico volto al contenimento e contrasto degli effetti traumatici della pregressa emergenza pandemica.
- Creare e sostenere il lavoro di rete con i Servizi Territoriali di zona al fine di stabilire strategie e obiettivi comuni per promuovere il benessere comune.

**(d)** I colloqui svolti non avranno finalità terapeutiche ma di consulenza e avverranno previo consenso dei genitori.

La dottoressa Marica Ierardi dovrà attenersi all’obbligo del segreto professionale come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

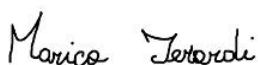
**(e)** durata delle attività: **da gennaio 2024 a giugno 2025**.

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 (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.

Dott.ssa Marica Ierardi



**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorene.....classe .....  
nata a (dati del genitore) ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla  
**dott.ssa Marica Ierardi** presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Sig. ....padre del minorene..... classe .....  
nato a (dati del genitore) ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla  
**dott.ssa Marica Ierardi** presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IN CASO DI MINORI AFFIDATI A UN TUTORE**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o  
a (dati del tutore) ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorene..... classe ..... 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla  
**dott.ssa Marica Ierardi** presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre/padre affidatario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_