La sottoscritta Dott.ssa Comandini Giorgia, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 24781;

cell. 3456276162;

mail: giorgiacomandinipsi@gmail.com;

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Scolastico I.C. “Piedimonte San Germano” fornisce le seguenti informazioni:

* Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede centrale “Don Minzoni” in via Milazzo 21;
* Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
* tipologia d'intervento: Sostegno volto a promuovere il benessere e a prevenire e contrastare il disagio affettivo e relazionale di studenti/esse, docenti e famiglie
* modalità organizzative: Prenotazione telefonica o via mail

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](about:blank) reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](about:blank), in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11); può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).

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.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo***

***prima di sottoscriverlo.***

**Il Professionista (firma)…………………………….**

***MAGGIORENNI***

La studentessa/Lo studente/L’insegnante/Il personale ATA/Il genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 ***Comandini Giorgia*** presso lo Sportello di ascolto di carattere psicologico*.*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_