|  |
| --- |
|  **LICEO ARTISTICO E COREUTICO STATALE “CIARDO PELLEGRINO”** |
|  | Sede Centrale Dirigenza e Uffici di Segreteria Via Vecchia Copertino, n. 6 - 73100 – LecceSuccursale V.le de Pietro - Lecce**Codice meccanografico LESL03000R C.F. 93126450753****Telefono 0832.352431****e-mail** **lesl03000r@istruzione.it** **pec** **lesl03000r@pec.istruzione.it****sito** **web www.liceociardopellegrinolecce.edu.it** |  |

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA RELATIVA ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

La sottoscritta Dott.ssa Giovanna Serena Casciaro, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 1597, e-mail giovannacasciaro@liceociardopellegrinolecce.edu.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo “Ciardo Pellegrino” fornisce le seguenti informazioni.

* Le prestazioni saranno rese in presenza, presso le due sedi dell’Istituto.
* Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito
1. tipologia d'intervento: incontri con i gruppi classe, consulenza psicologica individuale, primo intervento;
2. modalità organizzative: lo sportello sarà attivo secondo il calendario pubblicato dall’Istituto;
3. scopi: promozione del benessere del singolo e dell’intera comunità scolastica;
4. durata delle attività: da marzo a giugno 2023
* La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è vincolata all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.ordinepsicologier.it/public/genpags/bigs/CodiceDeontologicoVersioneAggiornata.pdf) reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.psy.it](http://www.psy.it) in particolare:
1. è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
2. può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.
* 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.***

***MAGGIORENNI***

Il/la sottoscritto/a......................................................................................nata/o a…………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

residente a …………………..…………......................................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….......................

frequentante la classe ……….. sez. ………… Indirizzo ………………………………………………………………………

dichiara di aver compreso quanto illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso ad accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giovanna Serena Casciaro titolare dello Sportello di ascolto psicologico, presso il Liceo “Ciardo Pellegrino”.

Luogo e data Firma

La presente autorizzazione ha valore per l’intero A.S. 2022/23

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

***MINORENNI***

La sottoscritta ............................................................. nata a ........................................……………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………...............................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….……...................

documento di riconoscimento ………………………………………………………………………………………………..

madre del minore……………………………………………………. Frequentante la classe ……………….. sez ………..

indirizzo ………………………………………………….

dichiara di aver compreso quanto illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giovanna Serena Casciaro, titolare dello Sportello di ascolto psicologico, presso il Liceo “Ciardo Pellegrino”.

Luogo e data Firma della madre

Il sottoscritto .................................................................... nato a ........................................…………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………..............................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….......................

documento di riconoscimento …………………………………………………………………………………………………..

padre del minore……………………………………………………. Frequentante la classe ……………….. sez ………..

indirizzo ………………………………………………….

dichiara di aver compreso quanto illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giovanna Serena Casciaro, titolare dello Sportello di ascolto psicologico, presso il Liceo “Ciardo Pellegrino”.

Luogo e data Firma del padre

In caso di impossibilità ad apporre la seconda firma il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 D.P.R. 445/2000 dichiara (apporre una x sull’alternativa prescelta)

 - di essere l’unico genitore/tutore

 - di aver richiesto e ottenuto l’autorizzazione dal genitore separato, divorziato, non convivente o impossibilitato apporre firma, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

 Firma

Si allegano copia dei documenti di identità

La presente autorizzazione ha valore per l’intero A.S. 2022/23

***MINORI 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.….……......................

documento di riconoscimento ………………………………………………………………………………………………….

dichiara di aver compreso quanto illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giovanna Serena Casciaro, titolare dello Sportello di ascolto psicologico, presso il Liceo “Ciardo Pellegrino”.

Luogo e data Firma del tutore

Si allega copia del documento d’identità

La presente autorizzazione ha valore per l’intero A.S. 2022/23