

Dott.ssa Nadia Larcinese

Psicologa clinica.

Specializzata nella valutazione e trattamento dei disturbi dell'apprendimento e dello sviluppo cognitivo.

Iscrizione all'albo degli Psicologi del Piemonte dal 19/04/2010 n. 5986

P. Iva 16831731001 Tel 3473728943

nadia.larcinese.psicologa@gmail.com

nadia.larcinese@psypec.it

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO a.s. 2024-2025

La sottoscritta Dott.ssa Nadia Larcinese, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 5986, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico G. Pascoli fornisce le seguenti informazioni.

- Le attività dello sportello di Ascolto saranno così organizzate:

1. Tipologia d'intervento (barrare la/le casella/e scelta/e):

- Colloquio individuale con il/i genitore/i presso lo sportello di ascolto dell'Istituto in presenza o on line così come specificato nella mail di richiesta
- Colloquio individuale con minore (ovvero accompagnato da un genitore o insegnante) presso lo sportello di ascolto dell'Istituto nella sola modalità in presenza.
- Colloquio individuale di consulenza per il personale scolastico presso lo sportello di ascolto dell'Istituto in presenza o on line così come specificato nella mail di richiesta
- incontri di consulenza psicologica per il gruppo classe (i suddetti incontri non hanno valenza psicoterapeutica ma di supporto psicologico o psicoeducazione).

2. Modalità organizzative:

Le prestazioni saranno rese in presenza presso i locali del plesso scolastico Pascoli, L'opzione on line potrà concordata in sede di prenotazione per esigenze personali e verrà svolta attraverso l'uso dell'applicazione Meet di Google. Prenotazione tramite mail all'indirizzo nadia.larcinese.psicologa@gmail.com o telefonicamente chiamando il 3473828943 nei giorni e negli orari di servizio dello sportello o inviando un messaggio. In fase di prenotazione indicare: Nome e cognome del richiedente, nome e cognome del minore, plesso e classe frequentati dal minore, modalità di intervento richiesta (presenza o on line) recapito telefonico. Il consenso informato va compilato, firmato e consegnato entro il primo incontro.

Lo sportello è accessibile il martedì in presenza e on line dalle 10 alle 13 e il venerdì dalle 14.00 alle 17 in presenza e on line, fino alle 19 solo on line

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.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.
3. Scopi: fornire ascolto e supporto psicologico ai membri della comunità scolastica al fine di favorire lo sviluppo armonico della personalità individuale e delle relazioni nel contesto scolastico.
4. Limiti: l'intervento **non ha un'accezione terapeutica** bensì di supporto e orientamento.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Dott.ssa Nadia Larcinese



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ 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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma _____ Recapito telefonico _____

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma della madre _____ Recapito _____

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del padre _____ Recapito _____

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 _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____ Recapito _____