

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

Il sottoscritto dott. Giuseppe Lo Dico, Psicologo Psicoterapeuta, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia, n. 12997, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo 'Marie Curie' di Meda (MB) fornisce le seguenti informazioni:

- (a) le prestazioni saranno rese presso il liceo "M. Curie" in presenza;
- (b) prima di accedere al servizio gli studenti maggiorenni o i genitori degli studenti minorenni dovranno presentare (o inviare tramite posta elettronica) in Segreteria il consenso informato firmato;
- (c) tipologia d'intervento: lo studente avrà a disposizione 3 colloqui di 30 minuti ciascuno. Tali colloqui non si configurano come parte di un percorso di psicoterapia ma come supporto psicologico relativo a un problema specifico e contingente. Alla fine di tali colloqui, lo psicologo fornirà indicazioni su come affrontare le questioni portate;
- (d) modalità organizzative: sarà necessario scrivere una e-mail all'indirizzo parlascolta@liceomeda.it per conoscere le disponibilità e fissare un colloquio;
- (e) durata del servizio: il servizio sarà attivo da gennaio a giugno 2024.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine della Lombardia al seguente indirizzo: <https://www.opl.it/public/files/945-codice-deontologico-finale-neutro.pdf>

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.

dott. Giuseppe Lo Dico
Psicologo Psicoterapeuta

STUDENTI MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Lo Dico presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

.....

.....