**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO- PROGETTO “TI ASCOLTO, TI COMPRENDO E TI SOSTENGO “**

**Determinazione Regione Lazio G00759 del 24/01/2023 - Codice del progetto: 23004DP000000017**

La sottoscritta dott.ssa Emilia Metta, Psicologo abilitato all’esercizio della psicoterapia, iscritto all’Ordine degli Psicologi Lazio n. 16 914 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto attivo presso l’I.C. Piero Angela di Roma fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso un locale della sede della scuola Secondaria di I grado in Viale Ratto delle Sabine, 3, 00131, Roma.

Le attività dello Sportello saranno organizzate nel seguente modo:

* i genitori e il personale scolastico potranno accedere allo Sportello nella giornata del giovedì, dalle ore 13.00 alle 14.30.

L’intervento riguarda:

* consulenza e supporto per difficoltà scolastiche
* consulenza e supporto per difficoltà relazionali ed emotive rivolte a genitori e personale scolastico

La durata della prestazione, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze della prestazione stessa.

In qualsiasi momento la persona assistita potrà comunicare al professionista la volontà di interrompere il trattamento in corso, anche con effetto immediato.

In qualsiasi momento il professionista potrà, con un congruo preavviso, interrompere temporaneamente o definitivamente il trattamento per necessità e/o grave impedimento personale, indicando eventualmente alla persona assistita altri professionisti delle cui prestazioni avvalersi.

Il professionista è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani pubblicato sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/

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.

**IL PROFESSIONISTA**

--------------------------

Il Sig./La Sig.ra/………………………………………………………………………………

I Signori……………………………………………………………………………………… dichiara/dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide/decidono con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Emilia Metta presso lo sportello d’ascolto.

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

Firma