

CITTÀ DI BARLETTA

Medaglia d'oro al Valor Militare e al Merito Civile

Città della Disfida

Area III – Welfare, e altri Servizi alla persona

Piazza Moro, 16 tel. 0883/516726 – 0883/516740

dirigente.servizisociali@cert.comune.barletta.bt.it

PROGETTO DI PREVENZIONE PRIMARIA

PER SICUREZZA E INCIDENTALITÀ STRADALE:

Servizio di attività di prevenzione, formazione, sportello di ascolto psicologico, consulenza e ricerca in attuazione del progetto “Diversa-mente in sicurezza” finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga - Cup: H99I23000360001 - Smart cig: Z5B3C852F3.

“DIVERSA-MENTE IN SICUREZZA”

SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO ONLINE

DOTT.SSA LACERENZA Francesca, Psicologa-Psicoterapeuta

DOTT.SSA MONTICELLI Valentina, Psicologa-Psicoterapeuta

PROGETTO MINISTERIALE "DIVERSA-MENTE IN SICUREZZA"

**CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO
PER MINORI**

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____

in qualità di genitori del/della minore _____,
nato/a a _____
il _____,
codice fiscale _____,
studente/studentessa dell'Istituto Scolastico _____,
classe _____

oppure

in quanto tutori del/della minore _____ in ragione di (indicare provvedimento
giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero)

si affidano alla dott.ssa _____ psicologa-psicoterapeuta iscritta regolarmente
all'Albo degli Psicologi Regione Puglia e impegnata per attività di prevenzione, formazione e consulenza
psicologica con accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico online dedicato per il Progetto "Diversa-mente
in sicurezza" finanziato dal dipartimento delle politiche antidroga - cup: h99i23000360001 - smart
cig: z5b3c852f3.

Entrambi i genitori sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato:**

1. Lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
2. La prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989
3. La prestazione offerta riguarda attività di Consulenza e Supporto Psicologico per il/la minore _____ su generalizzato/a con autorizzazione da parte dei genitori al trattamento/consulenza/supporto psicologico.

4. In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dottoressa la volontà di interruzione;
5. Cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Ogni seduta ha la durata di 30 minuti.
6. L'attività di Consulenza e Sportello d'Ascolto Psicologico online segue un calendario puntuale e le date a cui fare riferimento sono solo quelle indicate in termini di giornate e orari, disponibili sia presso la Segreteria dell'Istituto Scolastico coinvolto, sia su sito presente su piattaforma dedicata www.diversamenteinsicurezza.it
7. È garantita la tutela della privacy e si autorizza il trattamento dei dati personali in base al D.Lgs 196/2003 e al Regolamento UE 2016/679.

SI DICHIARA :

- di aver adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che il nostro/a figlio/a usufruisca della prestazione online concordata con la dott.ssa

_____ .

Barletta, _____

Firma del Padre _____

(leggibile e per esteso)

Firma della Madre _____

(leggibile e per esteso)