

CONSENSO INFORMATO PER IL SERVIZIO DI COUNSELING PSICOLOGICO

La sottoscritta Dott.ssa Marta Maria Malacrida, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/9680 del 17/02/2006 (indirizzo di residenza: via De Amicis 16/A – Somma Lombardo - Varese); indirizzo mail: marta.malacrida@issmpuccinigallarate.it; numero di cellulare 347/8257446) prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Counseling Psicologico presso l'Istituto Superiore di Studi Musicali Giacomo Puccini fornisce le seguenti informazioni.

- Il servizio di Counseling Psicologico offre allo studente un percorso individuale che consiste in un breve ciclo di 5 colloqui psicologici della durata di 50 minuti ciascuno.
- Lo scopo dei colloqui di consulenza psicologica è quello di comprendere le motivazioni che hanno portato lo studente a rivolgersi al servizio, fare un'analisi dei suoi bisogni, fornire un sostegno adeguato e promuovere un processo di crescita e consapevolezza di sé.
- I colloqui saranno svolti in presenza il lunedì dalle 12:30 alle 14:30 presso la sede del Teatro del Popolo.
- Si specifica che non si attiverà un percorso di psicoterapia all'interno del Servizio. Se ci sarà bisogno di eventuali approfondimenti, sarà consigliato al singolo studente un invio ai Servizi di Salute Mentale del Territorio.
- 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.opl.it.
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà al Servizio di Counseling Psicologico, 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.

La Professionista

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato

dalla 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 dalla dott.ssa Bianca Maienza presso il Servizio di Counseling Psicologico.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____

nata a _____ il ___/___/_____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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 dalla dott.ssa Bianca Maienza presso il Servizio di Counseling Psicologico.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato a _____ il ___/___/_____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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 dalla dott.ssa Bianca Maienza presso il Servizio di Counseling Psicologico.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

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 dalla 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 dalla dott.ssa Bianca Maienza presso il Servizio di Counseling Psicologico.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____