



Comune
di Campoformido



Istituto Comprensivo
di Pozzuolo del Friuli



www.hattivalab.org

**SPORTELLO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI CAMPOFORMIDO
E FAMIGLIE DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI CAMPOFORMIDO
DELL'ISTITUTO COMPRESIVO DI POZZUOLO DEL FRIULI**

MODULO DI ADESIONE PER GENITORI E INSEGNANTI

Il/Il SOTTOSCRITTI/O

COGNOME	NOME
NATO A	IL
INDIRIZZO	CITTA' PROV
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL

COGNOME	NOME
NATO A	IL
INDIRIZZO	CITTA' PROV
RECAPITO TELEFONICO	E-MAIL

GENITORIE o INSEGNANTE DI ALUNNO/A ISCRITTO/A ALLA CLASSE _____ SEZ. ____

CHIEDONO/E

di aderire all'attività di consulenza dello Sportello di rivolto ad alunni della scuola secondaria di primo grado di Campoformido, insegnanti e famiglie delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado di Campoformido dell'Istituto Comprensivo di Pozzuolo del Friuli

DICHIARANO/A ALTRESÌ

di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali e di autorizzare il trattamento dei dati raccolti con la presente domanda e nel corso del servizio consapevoli/e che, nel caso in cui non venga fornito il consenso al trattamento dei dati personali non sarà possibile istruire la domanda ed accedere al servizio.

Firma

Firma

Luogo e data _____





Comune
di Campoformido



Istituto Comprensivo
di Pozzuolo del Friuli



www.hattivalab.org

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

I/il SOTTOSCRITTI/O

COGNOME	NOME
---------	------

COGNOME	NOME
---------	------

DICHIARANO/A

di essere stati/o informati/o sui seguenti /punti:

1. la prestazione riguarda un'attività di consulenza psicologica prevista dallo Sportello di Ascolto rivolto ad alunni, famiglie e insegnanti, condotto dalla dott.ssa Lisiana Ardizzone della ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus, affidataria del servizio da parte del Comune di Campoformido;
2. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
3. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato il seguente strumento: colloquio psicologico clinico;
4. in qualsiasi momento è possibile concludere l'intervento comunicando alla professionista la volontà di interruzione;
5. la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
6. la psicologa è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
7. la psicologa, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare alla persona assistita l'intervento di un altro specialista, per quanto di competenza;
8. la professionista dott.ssa Lisiana Ardizzone è assicurata con Polizza RC professionale n. 500216023 sottoscritta con Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani (Roma) ed è iscritta all'Albo degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia al n. 1538 dal 20/09/2012;
9. la ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus è assicurata con Polizza RC n. 2012/03/2152533 sottoscritta con SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI Agenzia di Trieste-centro.

DICHIARANO/A altresì

dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, di aver letto con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo;

di aver compreso quanto spiegato dalla professionista e quanto sopra riportato.

INFORMATI/O DI TUTTO CIÒ

avendo letto, compreso e accettato quanto sopra,

ACCONSENTONO/E

che avvenga nei propri confronti la consulenza psicologica (che potrebbe svilupparsi anche in più colloqui) condotta dalla dott.ssa Lisiana Ardizzone della ditta Hattiva Lab Società Cooperativa Sociale Onlus.

Firma

Firma

Luogo e data _____

