**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA RELATIVE AL PROGETTO “PROMOZIONE DEL BENESSERE DELLA PERSONA ATTRAVERSO L’ACCESSO AI CONSULTORI FAMILIARI” – ASL ROMA**

Il Progetto “Promozione del benessere della persona attraverso l’accesso ai consultori familiari” è finanziato dalla Regione Lazio (Deliberazione 30 novembre 2023, n. 829), è promosso dalla Asl Roma 4 – Uoc “Tutela Salute della donna, coppia, prevenzione età evolutiva, soggetti fragili e immigrati”-, attraverso la rete territoriale dei Consultori Familiari del Distretto 2, nell’ambito delle azioni di supporto psicologico rivolto ai giovani. La principale finalità del Progetto è quella di potenziare l’offerta di assistenza psicologica rivolta agli adolescenti (13-24 anni).

Le prestazioni previste saranno rese disponibili, in forma totalmente gratuita, a partire da aprile 2024 fino a dicembre 2024, verranno erogate presso il Liceo Sandro Pertini di Ladispoli (sede centrale sita in Via Caltagirone 1, succursale sita in Piazzale Sauro) durante il periodo di apertura lavorativa, e presso i Consultori Familiari di Cerveteri, sito in Via Martiri delle Foibe 95, e di Ladispoli, sito in Via Nino Bixio 27, durante il periodo di chiusura estiva.

Il Progetto prevede l’attivazione di n.1 CIC (Centro di Informazione e Consulenza) per n.3 ore settimanali, definito nella modalità di colloqui individuali svolti in presenza, il costante raccordo con i progetti di area psicosociale e sanitaria già attivi presso l’Istituto e con la rete dei servizi socio-sanitari.

Il professionista incaricato dalla Asl Roma 4 è la dott.ssa Renata Murolo (numero di iscrizione all’Ordine degli Psicologi del Lazio 20017) che, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it/).

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al CIC, 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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**Il Professionista** *Renata Murolo*

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***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. ...……………..............……..…………………………………..presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne...............................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................

residente a …………………..………….....................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore