

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Maria Salvato, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n°8139, e-mail maria.salvato@psypec.it / mariasalvato.psi@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Secondaria Statale di Primo Grado "G. Pascoli" di Aversa (CE), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni professionali relative allo sportello di ascolto prevedono le seguenti attività:

- osservazione in classe
- utilizzo di strumenti conoscitivi per la rilevazione di informazioni utili alla relazione di supporto
- attività e incontri di gruppo finalizzati alla promozione e tutela della salute nonché al benessere di persone, gruppi e dell'intera comunità scolastica
- consulenza psicologica individuale finalizzata al benessere psicologico dell'individuo, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti interpersonali. Tale spazio si configura come un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto e si avvale del colloquio come strumento di conoscenza principale. Si precisa che la consulenza psicologica avviene su richiesta spontanea dell'alunno / genitore / personale scolastico e può avere una durata massima di 45 minuti.

Le prestazioni saranno rese a distanza oppure presso la sede dell'istituto (in base ai DPCM e all'organizzazione scolastica), in orario antimeridiano o pomeridiano.

Il professionista, 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 <https://www.psicamp.it/>.

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.

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

Il Professionista (firma)



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il docente / genitore dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali (osservazione in classe, incontri di gruppo, consulenza psicologica individuale, ecc) rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....(della classesez.....)

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 (osservazione in classe, incontri di gruppo, consulenza psicologica individuale, ecc) rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....(della classe.....sez.....)

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 (osservazione in classe, incontri di gruppo, consulenza psicologica individuale, ecc) rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___

Tutore del minorene.....(della classe.....sez.....) in ragione di
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

in via/piazzan.....

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 (osservazione in classe, incontri di gruppo, consulenza psicologica individuale, ecc) rese dalla dott.ssapresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore