

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

La sottoscritta dott.ssa *Marzia Rape*, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Toscana al n. 3968, (inserire un recapito telefonico, o indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria o PEC - Posta Elettronica Certificata, o ogni altra informazione utile affinché il professionista possa facilmente essere contattata/o) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico *Scuola Statale Secondaria di primo grado Giuseppe Mazzini*, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento _google meet_____ con le seguenti modalità _____remoto_____.
- Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: supporto psicologico a favore degli studenti, degli insegnanti, dei genitori e del personale scolastico, al fine di affrontare al meglio il periodo di pandemia mondiale che stiamo attraversando e per problematiche riguardanti la scuola, in particolare:

- per gli studenti: per offrire supporto e suggerimenti verso lo studio e i compagni;
- per le insegnanti: per suggerire tecniche e strategie di soluzione dei conflitti all'interno del gruppo classe
- per i Genitori: per confrontarsi con un esperto sulle difficoltà dei figli a scuola
- per il personale scolastico: per suggerimenti inerenti le problematiche scolastiche

(b) modalità organizzative: le sessioni avranno luogo in modalità remoto con la durata di un'ora ciascuna;

(e) durata delle attività: da giovedì 4 febbraio fino a al 17 giugno;

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 www.ordinepsicologilazio.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).....Marzia Rapè.....

Marzia Rape'

MAGGIORENNI

Il signor/La signora 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 minorenni.....

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 rese dal... dott..... presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

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 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 minorenniin 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 rese dal... dott..... presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore