

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

Le sottoscritte:

- Dott.ssa Concetta Cecere, Psicologa-psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n. 3440
- Dott.ssa Serena Tiberio, Psicologa - psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Marche n. 1742

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto Scolastico I.C. Grazie Tavernelle, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola "Marconi"
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloqui individuali;
 - b) modalità organizzative: i colloqui verranno svolti previo appuntamento con la docente vicaria dott.ssa Grazia Piracci;
 - c) scopi : offrire uno spazio di accoglienza e ascolto per ridurre il disagio, promuovere il benessere psicologico e un miglior clima scolastico, aumentare le risorse e le competenze degli studenti;
 - d) Limiti: il colloquio non ha fini terapeutici ma di counseling (cioè un percorso di breve durata basato sulla costruzione di una relazione d'aiuto che abbia come obiettivo l'individuazione delle proprie aree problematiche e le possibili soluzioni);
 - e) durata delle attività: due o tre colloqui individuali nell'arco dell'anno scolastico, a seconda dell'esigenza dell'alunno/a;
- Le professioniste, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psy.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

***Si invitano i genitori/tutori legali a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo
prima di sottoscriverlo.***

Per accedere allo sportello di ascolto è necessaria la firma da parte di entrambi i genitori

La/Il sig.ra/sig. _____ genitore del minore

Nata/o a _____ il ____/____/____ e residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato, 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 dalle dottoresse Cecere e Tiberio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____

La/Il sig.ra/sig. _____ genitore del minore

Nata/o a _____ il ____/____/____ e residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal 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 dalle dottoresse Cecere e Tiberio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma _____

MINORI 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 dal 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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalle dottoresse Cecere e Tiberio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____