

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

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

Le attività dello SPORTELLLO DI ASCOLTO sono finalizzate a favorire il benessere psicologico individuale e di gruppo, a fornire un supporto emotivo-affettivo, un sostegno alla crescita e maturazione personali e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di aiuto.

Ha, inoltre, l'obiettivo di fornire un supporto psicologico non solo agli studenti ma anche ai genitori e alle famiglie per rispondere a disagi derivanti dall'emergenza da COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress, difficoltà relazionali e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico avvalendosi del colloquio clinico o intervento all'interno della classe.

Lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani; 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.

Ai sensi dell'art. 1 della legge n.56/89 istituita dall'Ordine degli Psicologi, per il conseguimento degli obiettivi, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi di intervento per le attività di prevenzione e di sostegno. Tra questi, il principale strumento di intervento sarà il colloquio psicologico clinico.

Le prestazioni saranno rese utilizzando il servizio telematico Meet in video conferenza o, qualora possibile, in presenza presso l'Istituto Scolastico, previo appuntamento via email (marta.teatini@gmail.com) e dopo la restituzione alla Scuola della modulistica di autorizzazione richiesta. In qualsiasi momento i genitori potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista; in tal caso i genitori si impegnano a comunicare tale volontà allo psicologo.

MAGGIORENNI

La studentessa/Lo studente fornisce il proprio libero consenso e autorizza l'eventuale svolgimento di colloqui e prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Marta Teatini all'interno dello Sportello di ascolto scolastico.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Ai GENITORI degli alunni minorenni si richiede la compilazione del seguente modulo allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello di ascolto.

I sottoscritti

.....
.....

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sul/la minore

.....nato/a a

..... il ___/___/___ e frequentante la classee residente a

.....
presa visione delle informative in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello di Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili, PRESTANO IL CONSENSO E AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei servizi dello sportello ed eventuali colloqui con la Dott.ssa Marta Teatini.

Luogo e data

Firma di entrambi i genitori

.....