

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Angela Patti, psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Sicilia n. 2395, recapito telefonico 340-8548464 -
email: angela.patti1@icgverga.edu.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Giovanni Verga" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Comprensivo "Giovanni Verga".

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

colloqui individuali con alunni della scuola secondaria di I Grado, colloqui individuali con adulti, colloqui con la coppia genitoriale, colloqui individuali o di gruppo con le insegnanti, consultazioni con insegnanti e genitori; incontri a carattere educativo-informativo.

- Modalità organizzative

Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi della scuolaprimaria e Secondaria di 1° Grado, a tutto il personale scolastico e ai genitori dell'I.C. "G. Verga". Il calendario sarà reso noto sul sito della scuola;

Il servizio di sportello psicologico verrà attivato su prenotazione secondo una delle seguenti modalità:

1. richiesta tramite contatto telefonico 340.8548464;
2. richiesta tramite mail al seguente indirizzo: angela.patti1@icgverga.edu.it;

la richiesta del minore di una consulenza psicologica è sempre a carattere volontario e richiede la conoscenza preliminare del/i genitore/i o di chi ne fa le veci. Laddove si ravvisi la necessità di un intervento a lungo termine e mirato, sarà cura dello psicologo indirizzare a servizi territoriali o orientare verso risorse esterne ovvero extrascolastiche.

- Durata delle attività

Lo sportello psicologico sarà attivo dal **12 dicembre al 28 dicembre 2022**.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, sono coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani") e 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.

La durata complessiva dell'intervento è prevedibile in un numero massimo di 5 incontri per ciascun ragazzo.

In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista. In tal caso i genitori si impegnano a comunicare tale volontà di interruzione alla psicologa, rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto sino ad allora.

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

Il professionista



In qualità di genitori del/della minore
che frequenta la classe.....

La Sig.ra

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 dalla Dott.ssa Angela Patti presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.....

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 dalla Dott.ssa Angela Patti presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

MINORI SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

nata/o a il ____/____/____

Tutore del minore..... che frequenta la classe

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 dalla Dott.ssa Angela Patti presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del padre

Firma della madre
