

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

La sottoscritta

Dott.ssa Roberta Di Filippo

Iscrizione Ordine degli Psicologi della Regione Lazio n. 10977

Email: difilipporoberta@yahoo.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Classico e delle Scienze Umane "Benedetto da Norcia" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese in presenza, a settimane alterne, presso la sede centrale del liceo sita in Via Saracinesco n. 18 e la sede succursale sita in Via Anagni n. 24, in un locale appositamente individuato dalla struttura scolastica oppure da remoto in base all'evoluzione dell'emergenza sanitaria in atto, secondo il calendario allegato.

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

- Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico derivanti dall'emergenza Covid-19.

Le prestazioni di consulenza psicologica dello sportello di ascolto non comportano nessun corrispettivo economico, né per lo studente, né per il genitore, né per il personale scolastico che ne faccia richiesta.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

- Modalità organizzative

Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto agli iscritti di tutte le classi del Liceo Classico e delle Scienze Umane "Benedetto da Norcia" (sede centrale e succursale).

Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione inviando, almeno 4 giorni prima, una mail all'indirizzo difilipporoberta@yahoo.it, indicando cognome, nome, classe e sezione.

- Limiti

Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In caso di diniego di uno od entrambi i genitori lo studente, se minorenne, non potrà usufruire della prestazione professionale.

In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

- Durata delle attività:

Lo sportello psicologico sarà attivo **dal 24 gennaio 2022 al 06 giugno 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, 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.

MAGGIORENNI

Il/la sottoscritto/a nato/a a _____ il ____/____/____
 e residente a..... in via/piazza.....n.....

Documento n-rilasciato da.....

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 Roberta Di Filippo presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e Data _____

Firma _____

MINORI

In qualità di genitori del/della minore frequentante la classe

La Sig.ra nata a il / /
 e residente a..... in via/piazza.....n.....

Documento n-rilasciato da.....

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 Roberta Di Filippo presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e Data _____

Firma della madre _____

Il Sig..... nato a il / /
 e residente a..... in via/piazza.....n.....

Documento n.....rilasciato da.....

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 Roberta Di Filippo presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e Data _____

Firma del padre _____

MINORI SOTTO TUTELA

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

nata/o ail ____/____/____

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

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a.....

in via/piazza.....n.....

Documento n.....rilasciato da.....

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 Roberta Di Filippo presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e Data _____

Firma del tutore _____