

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

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott.....Lavinia Papadia....., Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 26437, (numero di telefono personale 3397411750 / indirizzo mail papadia.lavinia@gmail.com / indirizzo Pec papadia.lavinia@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola *Istituto Paritario Zaveria Cassia*, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Paritario Zaveria Cassia oppure da remoto tramite piattaforme online.

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

(a) tipologia d'intervento: 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, nell'affrontare e contenere forme di disagio e/o malessere psicofisico derivanti da diverse situazioni ed e' volto alla promozione del benessere di tutti gli utenti della scuola.

E' importante 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"*);

(b) modalità organizzative: Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto a tutti gli alunni dell'Istituto Paritario Zaveria Cassia, ai loro genitori e a tutto il personale scolastico. Il servizio di sportello si attiverà su prenotazione dello stesso secondo una delle seguenti modalità: 1) tramite numero di telefono **3397411750**; 2) tramite email all'indirizzo **papadia.lavinia@gmail.com**;

(c) scopi: il servizio di sportello d'ascolto e' volto a fornire uno spazio di fiducia in cui esprimere le proprie emozioni e vissuti per arrivare alla creazione di una relazione d'aiuto, finalizzata ad una migliore comprensione e lettura dei problemi presentati e a trovare nuove strategie di risoluzione del problema. Dunque tale servizio si pone come strumento di aiuto in momenti critici o come supporto dell'efficacia degli interventi educativi comuni;

(d) 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 qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista;

(e) durata delle attività: Lo Sportello d'Ascolto sarà attivo dal mese di **Ottobre 2022 a Maggio 2023**, tutti i Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 15:00, a partire da Venerdì 7 Ottobre;

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): Lavinia Papadia 

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente 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 minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
e m a n a n t e , d a t a
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