

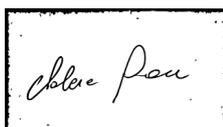
CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa. Pace Valeria , Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia n. 2917, tel 3292325934 email valeria.pace1@virgilio.it, v.pace@psypec.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico ISTITUTO COMPRENSIVO SKANDERBEG presso sede centrale e succurall

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso tutte le sedi dell'Istituto.
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet (inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro) con le seguenti modalità: garantendo la sicurezza e riservatezza del setting. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto che potranno espletarsi in presenza o a distanza saranno organizzate come di seguito:
 1. L'Attivazione di uno spazio di ascolto che prevede la consulenza e/o sostegno psicologico individuale. L'allievo, il genitore, i membri del personale scolastico che volessero effettuare un colloquio dovranno inviare una mail all'indirizzo preposto: valeria.pace@icsskanderbeg.edu.it La dottoressa concorderà con chi lo richiede un appuntamento nel rispetto della calendarizzazione degli incontri.
 2. Interventi rivolti al gruppo classe in cui lo psicologo assume il ruolo di facilitatore della comunicazione e di supporto nella gestione dello stress, dei conflitti etc.. volti a fornire strategie utili al superamento di momenti critici o di difficoltà in ambito scolastico. Gli incontri di gruppo all'interno delle classi saranno concordati con gli insegnanti.
 3. Gruppi di ascolto e/o laboratori esperienziali volti al superamento di difficoltà a gestire le emozioni, alla gestione di un momento critico, a sostenere gli alunni che hanno avuto un lutto causa COVID -
- Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico, gruppi di supporto psicologico, questionari/sondaggi di ricerca psicosociale, gruppi di discussione e condivisione, laboratori esperienziali.

- La durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
- La prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
- La/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.ordinepsicologier.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 invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.



La/Il Professionista (firma)

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ 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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____

nata 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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato 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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma del padre _____

PERSONE 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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____