

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

La sottoscritta dott.ssa Chiara Giovannetti, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 16306, (e-mail: chiara.giovannetti1@gmail.com; pec: chiara.giovannetti@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.I.S.S. Giorgio Ambrosoli fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la succursale dell'I.I.S.S. Giorgio Ambrosoli situata presso la sede di Via delle Alzavole 25, CAP 00169 Roma;

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

(a) tipologia d'intervento: la prestazione che verrà offerta è una consulenza gratuita, rivolta a studenti, docenti e famiglie finalizzata all'elaborazione dei propri vissuti e allo sviluppo di risorse personali e di contesto utili a trattare le questioni oggetto di consulenza. La consulenza fornita ha carattere consulenziale e/o informativo;

(b) modalità organizzative: la frequenza e il numero dei colloqui sarà valutata in base alle questioni psicologiche portate e alla disponibilità di ore a disposizione del professionista. Il colloquio individuale è della durata di 20 minuti (eventuali eccezioni alla durata potrebbero essere concesse a discrezione del professionista in rapporto al numero di prenotazioni). Per usufruire del servizio è necessaria la prenotazione in segreteria e la consegna dell'autorizzazione con il consenso informato debitamente compilato e firmato;

(c) scopi: supportare la relazione tra studenti, famiglie e organizzazione scolastica; promuovere conoscenza dei vissuti in rapporto al proprio sistema di relazioni e favorire un miglioramento della convivenza sociale nei diversi contesti di appartenenza.

(d) limiti: le consulenze devono avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati preliminarmente all'incontro. In qualsiasi momento i genitori, il minore o chi usufruisce dello sportello potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. La Psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente ed alla famiglia le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 Codice Deontologico degli Psicologi italiani)

(e) durata delle attività ; anno scolastico 2024/2025

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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.

La Professionista



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 minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data 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