

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

La sottoscritta dott.ssa Eloisa Berardi, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte n. 7703 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso IC di Azeglio (TO) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese on line tramite piattaforma Meet e/o presso i plessi dell'IC di Azeglio. Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

Sportello di Ascolto attraverso colloqui individuali (alunni della scuola secondaria di primo grado, genitori, insegnanti e personale ATA dell'intero IC): saranno previsti da un minimo di 1 ad un massimo di 3 colloqui individuali della durata di 50 minuti.

Gli insegnanti, i genitori e il personale ATA potranno contattare la dott.ssa alla mail istituzionale eloisa.berardi@icazeglio.edu.it per prendere appuntamento; gli alunni potranno usufruire dello sportello presso il loro plesso facendo richiesta a scuola nelle modalità concordate (verrà adibita una scatola all'ingresso nella quale gli studenti potranno inserire il loro nome).

Sportello di Ascolto attraverso osservazioni e laboratori nelle classi: gli insegnanti potranno richiedere il supporto della psicologa per migliorare la comunicazione e la relazione all'interno del gruppo classe o per individuare potenziali situazioni di disagio.

Saranno, pertanto, proposti 3 incontri per classe, della durata di 1/2 ore ciascuno, durante i quali verranno proposte diverse attività laboratoriali, differenziate sulla base delle esigenze specifiche del gruppo.

Per fare richiesta dei laboratori è necessario mandare una mail alla dott.ssa attraverso la mail istituzionale eloisa.berardi@icazeglio.edu.it. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine Nazionale al seguente indirizzo <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>. 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



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

GENITORI, INSEGNANTI, PERSONALE ATA

Il/la signore/a dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Eloisa Berardi, Psicologa Psicoterapeuta, presso lo Sportello di ascolto.

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 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 Eloisa Berardi, Psicologa Psicoterapeuta, presso lo Sportello di ascolto.

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 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 Eloisa Berardi, Psicologa Psicoterapeuta, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

MINORI 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 dalla dott.ssa Eloisa Berardi, Psicologa Psicoterapeuta, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore