

CONSENSO INFORMATO

PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa STEFANIA MARIA CHIESA Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia (n. 9125) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il plesso Scuola Secondaria Eupilio fornisce le seguenti informazioni.

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

(a) tipologia d'intervento: attività di consulenza finalizzata al supporto psicologico

(b) modalità organizzative: le prestazioni saranno rese in modalità in presenza all'interno dell'istituto scolastico. Previo consenso informato (nel caso di minori espresso da entrambi i genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale), gli alunni possono prenotare il colloquio imbucaando la richiesta nell'apposita cassetta collocata nel plesso. Invece i genitori possono usufruire del servizio inviando una richiesta all'indirizzo mail sportello.psicologico_eupilio@icrossminipusiano.edu.it utilizzando l'indirizzo mail istituzionale fornito dalla scuola agli alunni; la psicologa proporrà data, ora e luogo del colloquio.

(c) scopi: lo Sportello di Ascolto si propone di offrire uno spazio di consulenza e sostegno agli studenti, ai genitori, ai docenti e a tutto il personale scolastico, al fine di favorire: la crescita dei bambini e dei ragazzi e il superamento di difficoltà legate al periodo evolutivo attraversato; l'incremento delle capacità educative degli adulti; una maggior conoscenza di sé e consapevolezza delle proprie emozioni; l'incremento della capacità di gestione dello stress; il miglioramento delle capacità di problem solving, sia a livello individuale che di gruppo; l'attivazione di atteggiamenti di resilienza in presenza di eventi critici, in particolare in questo periodo di pandemia.

Lo Sportello di ascolto recepisce gli obiettivi del Protocollo d'Intesa tra MIUR e CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) del 18/11/2018 che mira a *"sviluppare una serie di azioni volte a promuovere la cultura della salute e del benessere nell'ambiente scolastico al fine di migliorare le condizioni di vita degli studenti, prevenendo l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico"* (art. 1);

(d) limiti: all'interno dello Sportello di Ascolto viene effettuata attività di consulenza; **non** verranno effettuate attività di diagnosi o psicoterapia;

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.opl.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 dott.ssa STEFANIA MARIA CHIESA

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il genitore..... 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.ramadre del minorenne..... (classe.....)
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 minorenne..... (classe.....)
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 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