

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

La sottoscritta dott.ssa Angela Santese, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 12796, e-mail: angela.santese@icolevanoromano.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo di Olevano Romano nell'a.s. 2020-2021 fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede principale di Olevano Romano il venerdì dalle 9 alle 12, nel plesso di Bellegra il giovedì dalle 9.30 alle 12.30 e nel plesso di Rocca Santo Stefano il martedì dalle 9.30 alle 12.30, in un'aula riservata nel pieno rispetto della normativa anti-covid. Qualora la situazione emergenziale richiedesse ulteriori limitazioni, le prestazioni continueranno in modalità telematica, utilizzando la piattaforma G Suite.

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

- verranno effettuati colloqui individuali di supporto psicologico ad alunni, genitori e personale scolastico;
- sarà necessario prenotarsi scrivendo una e-mail all'indirizzo angela.santese@icolevanoromano.com e a seguito della quale sarà fornito un appuntamento con la data e l'orario;
- il colloquio avrà una durata di 30 minuti e saranno possibili un massimo di quattro colloqui;
- il colloquio verterà sull'ascolto e la riflessione su qualsiasi problematica o disagio la persona vorrà proporre;
- il colloquio non avrà finalità diagnostiche o psicoterapeutiche;
- il rapporto tra la persona e il professionista si concluderà al termine dei colloqui stessi.

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.

Olevano Romano, 22-01-2021

Angela Santese

MAGGIORENNI

Il (specificare se docente, collaboratore scolastico, personale amministrativo o genitore) 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 Angela Santese 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 dalla Dott.ssa Angela Santese 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 dalla Dott.ssa Angela Santese 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 minorenni.....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 Angela Santese presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore