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

Il sottoscritto dott. Larosa Antonio, psicologo iscritto all'albo regionale dell'ordine degli psicologi della regione Calabria (Tel. 339/8415224; email: larosa.ant@libero.it), dovendo rendere le prestazioni professionali relative allo "Sportello di Ascolto" istituito presso i Licei "T. Campanella" di Belvedere M.mo, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso una saletta riservata dell'Istituto, messa a disposizione della dall'amministrazione scolastica. L'allocazione della saletta sarà comunicata tramite avviso agli alunni.

Le attività dello "Sportello di Ascolto" saranno organizzate come di seguito riportato.

Tipologia d'intervento - Colloqui di supporto finalizzati ad affrontare elementi di disagio emergenti come conseguenza della condizione d'isolamento sociale dovuta all'emergenza COVID19. I colloqui potranno essere richiesti da alunni, genitori e docenti.

Modalità organizzative - Per i colloqui verranno messe a disposizione due ore settimanali, ogni lunedì dalle 10,30 alle 12,30. Gli alunni, previa autorizzazione del docente della classe, potranno rivolgersi autonomamente allo sportello, o chiedendo per prenotazione ad un docente dell'Istituto, individuato come referente. Il sottoscritto e il referente individuato dall'istituzione, garantiranno la massima riservatezza in merito ai contenuti emergenti durante il setting.

Scopi dell'intervento – Elaborazione del vissuto recente e attuale, conseguente alla condizione d'isolamento sociale, a causa dell'evento pandemico dovuto al COVID19. I colloqui di supporto saranno finalizzati al potenziamento della resilienza, in un contesto tendenzialmente destrutturante, sia dal punto emotivo che comportamentale, a causa dello stato di emergenza.

Limiti dell'intervento – L'attività d'intervento sarà finalizzata esclusivamente al supporto psicologico e non avrà finalità psicoterapiche.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli psicologi italiani, reperibile on-line sul sito dell'ordine degli psicologi della regione Calabria www.ordinepsicologicalabria.it

I dati personali e sensibili della persona che si rivolge allo "Sportello di Ascolto", comunque coperti da segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento europeo 679/216) e dal codice deontologico degli psicologi italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il presente modulo, prima di sottoscriverlo.

Il professionista (firma) _____

PER LE SOTTOSCRIZIONI 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. Larosa Antonio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne……
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 dal... dott. Larosa Antonio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……
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 dal... dott. Larosa Antonio 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/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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. Larosa Antonio presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore