

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

La sottoscritta dott.ssa Carla Pellegrino, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto di Istruzione Secondaria Superiore Enrico Medi, sito in Galatone (LE), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto sopra presentato, in una stanza riservata.

Le attività dello sportello di Ascolto rientrano nell'ambito della consulenza psicologica che utilizza il colloquio clinico ed è finalizzata ad analizzare, insieme al minore, la richiesta d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse. La prestazione che verrà resa è finalizzata al benessere psicologico, al sostegno, alla crescita e alla maturazione personali, al supporto emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori, per accogliere e prevenire le difficoltà psichiche conseguenti al disagio derivante dall'emergenza COVID-19.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del 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.

Lo Psicologo della scuola è tenuto per legge a condividere le informazioni con i genitori o altri professionisti coinvolti in determinate circostanze: laddove lo studente rappresenti un pericolo per sé o per gli altri; laddove lo studente presenti evidenze o abbia condiviso esperienze di abuso (fisico o sessuale) o trascuratezza; laddove lo studente rappresenti una minaccia alla sicurezza scolastica; laddove vi siano delle procedure criminali o penali pendenti. Lo Psicologo della scuola si assume la responsabilità di informare gli studenti di questi limiti relativi al segreto professionale ed è tenuto a informare lo studente prima di condividere le informazioni con terzi.

I genitori sono consapevoli del fatto che il servizio di ascolto psicologico è un servizio breve e mirato a fornire strategie legate all'ambiente scolastico. Se il minore dovesse aver bisogno di un sostegno che vada al di là di ciò che lo Psicologo della scuola può fornire, sarà premura di quest'ultimo fornire alla famiglia una lista di persone interne o esterne alla scuola da poter contattare.

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

SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

Per i genitori/ personale scolastico/ adulti

Il signor_ 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/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 presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....
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 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/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..... presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore