

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

La sottoscritta dott.ssa Tania Carlucci, Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 21736, recapito telefonico 340-8720321, email: dott.ssacarluccitania@gmail.com; prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l' Istituto Comprensivo Espazia Monterotondo (RM) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede dell'Istituto Comprensivo Espazia Monterotondo (RM);

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

colloqui individuali con alunni della scuola secondaria di I Grado, colloqui individuali con adulti, colloqui con la coppia genitoriale, colloqui individuali o di gruppo con le insegnanti, consultazioni con insegnanti e genitori; osservazione di dinamiche di gruppo all'interno della classe; incontri a carattere educativo-informativo nelle classi delle medie; (nota: i colloqui individuali con gli adulti vista la situazione attuale di emergenza sanitaria possono essere resi sia in modalità on line che in presenza)

Modalità organizzative: presenza a cadenza quindicinale presso la scuola; il calendario sarà reso noto sul sito della scuola; numero massimo di incontri 6; la richiesta del minore di una consulenza psicologica è sempre a carattere volontario, richiede la conoscenza preliminare del/i genitore/i o di chi ne fa le veci e un incontro di restituzione in accordo col minore nell'interesse di salvaguardare il rapporto tra psicologo e alunno. Laddove si ravvisi la necessità di un intervento a lungo termine e mirato sarà cura dello psicologo indirizzare a servizi territoriali o orientare verso risorse esterne ovvero extrascolastiche.

Scopi: promozione del benessere scolastico e di un clima accogliente e di supporto per alunni, docenti e insegnanti; prevenzione di problematiche adolescenziali che possano cronicizzarsi o interferire significativamente con il funzionamento psicologico e sociale, risoluzione di situazioni di malessere e disagio individuale degli alunni;

Limiti; può non essere risolutivo della situazione oggetto di consulenza;

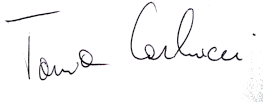
Durata delle attività: il colloquio per gli alunni avviene in orario scolastico, si allontanano dalla classe informando il docente presente in quell'ora; durata dai 30 ai 50 minuti; il servizio è attivo per l'intero anno scolastico (2022-2023).

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.

Il Professionista



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA 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.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.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.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.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore