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

La/Il sottoscritta/o dott.ssa GALDIERI LUCIA, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia n. tesserino 17594, cell.3343570000, mail: lucgald@alice.itprima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola ICASS di Francolise (CE) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali) DA REMOTO (causa pandemia COVID 19);

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

(a)tipologia d'intervento INCONTRO DI GRUPPO CON PERSONALE DELLA SCUOLA, GRUPPO ALLIEVI, ALLIEVI SINGOLI (su prenotazione e previa autorizzazione del genitore o di chi ne fa le veci) E GENITORI;

(b) modalità organizzative: PRESENTAZIONE DI UN CALENDARIO AL DS E AGLI UTENTI; LINK DA INVIARE AL GRUPPO O ALLA SINGOLA PERSONA (che verrà reso inattivo alla fine dell’incontro stesso, al fine di preservare la privacy); MANTENIUMENTO DI UN REGISTRO DELLE PRESENZE;

 (c) scopi: INTERVENIRE EFFICACEMEN TE SUI DISAGI DERIVANTI DALLA CHIUSURA E DALLA DIDATTICA A DISTANZA; LAVORO SULLE EMOZIONI;

(d) limiti: INCONTRI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE SUI TEMI RELATIVI A COVID E CYBERBULLISMO; ALCUN CONTATTO PRIVATO;

(e) durata delle attività: 80 ORE COMPLESSIVE.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine.

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**

**Lucia Galdieri**

***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