

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

La sottoscritta Dott.ssa Marta Sioli, psicologa (iscritta all'Albo degli psicologi della Lombardia n 21211, P.IVA 03922430131, tel. 3519514240, PEO marta.sioli@gmail.com , PEC marta.sioli@psyppec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC COMO PRESTINO BRECCIA fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dell'Istituto scolastico.
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Skype oppure riunioni meet con le seguenti modalità: previo appuntamento e sottoscrizione del consenso informato, in luoghi adeguati, garantendo la sicurezza e la riservatezza del setting da parte di entrambi i soggetti. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento:**
 - Colloqui di consulenza e supporto psicologico;
 - Attività di informazione;
 - Supervisione su situazioni specifiche individuali o del consiglio di classe;
 - Attività informative;
 - Monitoraggio clima e benessere scolastico;
 - Altre attività da concordare con Dirigenza e professionista interno ed esterno;

b) modalità organizzative e durata intervento:

Pubblicazione mensile del calendario delle presenze in istituto e/o per consulenze da remoto;

Le consulenze verranno erogate, previo appuntamento, in presenza presso l'Istituto scolastico o qualora non fosse possibile attraverso l'uso di sistemi da remoto (es. skype).

I colloqui possono essere richiesti nelle seguenti modalità:

- inviando una mail al seguente indirizzo: marta.sioli@gmail.com
- scrivendo al seguente numero 3519514240
- oppure telefonando al numero 3519514240 il martedì tra le 15:30 e le 17:30 oppure il venerdì tra le 15:00 e le 16:00.

Il servizio è gratuito per gli utenti, si specifica che la psicologa offre **unicamente attività di consulenza attraverso interventi mirati e limitati nel tempo**, che si differenzia dalla presa in carico individuale o da una psicoterapia individuale. Qualora vi fosse tale necessità il professionista darà indicazioni sui servizi territoriali competenti.

La psicologa lavora in conformità con il proprio codice deontologico, pertanto ad ogni contatto sarà garantito l'anonimato nel rispetto della privacy. Nello svolgimento del suddetto servizio la Dott.ssa Marta Sioli, in qualità di incaricato del trattamento dei dati, tratterà i dati raccolti nel rispetto del regolamento Europeo 679/2016.

Previo ad ogni prestazione sarà la sottoscrizione ed informazione circa il consenso informato.

c) scopi:

La prestazione professionale psicologica è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n. 56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione- riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico. All'interno dello Sportello di Ascolto, la psicologa svolge prevalentemente attività di consulenza e attività di supporto psicologico, attraverso un numero limitato di colloqui. In ambito scolastico, dunque lo psicologo non fa diagnosi e terapia, bensì aiuta ad individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con gli insegnanti in un'area psicopedagogica d'intervento.

- La/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.opl.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La/Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/_____
Tutore del minore _____ in ragione di
_____ *(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)*
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____