

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

La sottoscritta dott.ssa **D'Apolito Laura Elke**, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 20995, email sportello.psicologico@icanzio3.onmicrosoft.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto presso l'**Istituto Comprensivo Anzio III** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso piattaforma **Microsoft Teams e Google Suite for Education** o in presenza **in casi specifici da valutare**.

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

(a) tipologia d'intervento:

- **Uno sportello di ascolto psicologico con colloqui individuali per ragazzi, insegnanti, e famiglie con l'ausilio di apposite piattaforme;**
- **Incontri a gruppi –classe su tematiche rivolte alla promozione di competenze sociali, prosociali in presenza o a distanza con l'ausilio di apposite piattaforme;**
- **Incontri a gruppi con le insegnanti su tematiche rivolte alla promozione di competenze sociali, prosociali, in presenza o a distanza con l'ausilio di apposite piattaforme;**
- **Incontri a gruppi con le famiglie su tematiche rivolte alla promozione di competenze sociali, prosociali, in presenza o a distanza con l'ausilio di apposite piattaforme;**
- **Materiale informativo**

(b) modalità organizzative:

- **gli incontri individuali avverranno su prenotazione tramite piattaforma Microsoft Teams e Google Suite for Education**
- **gli incontri di gruppo avverranno su prenotazione tramite piattaforma Microsoft Teams e Google Suite for Education**
- **il materiale informativo sarà pubblicato sul sito internet dell'IC Anzio III**

(c) scopi:

- **fornire sostegno psicologico al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, per rispondere ai traumi e ai disagi derivanti dall'emergenza COVID-19;**
- **avviare un sistema di assistenza e supporto psicologico a livello nazionale per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico tra gli studenti delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado;**
- **predisporre un servizio di assistenza psicologica per il personale scolastico, per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali e traumi psicologico per prevenire forme di disagio e/o malessere psico-fisico.**

(d) limiti

- **i colloqui individuali saranno 3-4 in un anno scolastico della durata di 30 minuti circa;**
- **non sarà possibile stabilire rapporti professionali esterni al progetto per tutta la durata del sportello psicologico.**

(e) durata delle attività **Novembre 2022- giugno 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 (firma).....

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

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 minorene.....
nato a il ___/___/___

e residente a
in via/piazza

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 minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a
in via/piazzan.....

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