

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 **in presenza all'interno dell'Istituto Comprensivo**.

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

(a) tipologia d'intervento:

- **Incontri a gruppi –classe su tematiche rivolte alla promozione di competenze sociali, prosociali in presenza o a distanza con l'ausilio di apposite piattaforme;**

(b) modalità organizzative:

- **gli incontri di gruppo avverranno all'interno dell'Istituto Comprensivo, su appuntamento concordato tra il docente coordinatore della classe e il professionista. Gli appuntamenti potranno essere calendarizzati in seguito alla raccolta del consenso informato da parte di tutti gli alunni del gruppo classe.**

(c) scopi:

- **avviare supporto psicologico 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

- **non sarà possibile stabilire rapporti professionali esterni al progetto per tutta la durata del sportello psicologico.**

(e) durata delle attività **ottobre 2023 – Giugno 2024;**

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