

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

La sottoscritta *Dott.ssa Claudia Natale*, Psicologa, iscritta l'Ordine degli Psicologi della Calabria n. 2105, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto attivo presso l'Istituto Omnicomprensivo di Pizzo fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Nautico e all'occorrenza nei vari plessi scolastici.

La professionista Dott.ssa Claudia Natale è assicurata con Polizza RC professionale 404218 sottoscritta con Allianz SpA tra gli Psicologi contratta dalla Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani ed è iscritta all'Albo degli Psicologi della Calabria al n.2105 dal 29/03/2019.

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

(a) tipologia d'intervento: ascolto, supporto e assistenza psicologica, potenziamento delle risorse individuali e/o di gruppo;

(b) modalità organizzative: sessioni di ascolto individuale della durata di 45 minuti, previa prenotazione e autorizzazione con consenso informato debitamente compilato e firmato;

(c) scopi: fornire ascolto e supporto psicologico ad alunni e famiglie per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza sanitaria legata al Covid-19, migliorare il benessere a scuola e di facilitare l'apprendimento e lo sviluppo armonico della personalità nel contesto scolastico; prevenire il disagio scolastico, gestire con opportune strategie, la paura, l'ansia e i conflitti. Ridurre lo stress lavoro correlato, informare il personale scolastico e le famiglie fornendo strategie operative efficaci al miglioramento delle relazioni genitori, figli e docenti/educatori;

(d) limiti: l'intervento non ha una accezione terapeutica dove le problematiche siano tali da richiedere eventualmente il supporto di altre figure specialistiche, bensì di supporto e di orientamento;

(e) durata delle attività: per tutto l'anno scolastico 2021/2022;

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.ordinepsicologicalabria.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

Claudia Natale

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

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 *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ____ / ____ / ____

e residente ain 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 dalla *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

nato a il ____ / ____ / ____

e residente ain via/piazzan....

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 dalla *Dott.ssa Claudia Natale* 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 minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità

emanante, data numero)residente ain

via/piazzan....

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 dalla *Dott.ssa Claudia Natale* presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore