

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

La sottoscritta Dott.ssa SERENA PETRONCINI, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna

E-MAIL: serenapetroncinidott@gmail.com

Prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso il Liceo Artistico NERVI SEVERINI , fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso il Liceo Artistico NERVI- SEVERINI
- Nel caso non fosse possibile in presenza, 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 GOOGLE MEET o la piattaforma della scuola, con le seguenti modalità COLLOQUIO A DISTANZA durante il quale il professionista garantisce la privacy e la riservatezza del colloquio.
- Il professionista dichiara di aver 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:** SUPPORTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE, OSSERVAZIONI DELLE DINAMICHE ALL'INTERNO DELLE CLASSI, INTERVENTI DI SENSIBILIZZAZIONE SU DIVERSE TEMATICHE con studenti o Docenti, INTERVENTI FORMATIVI SU TEMATICHE DI scuola/lavoro e INTERVENTI PER APPIANARE I CONFLITTI e MIGLIORARE LA RELAZIONE ALL'INTERNO DEL GRUPPO CLASSE.

a) **modalità organizzative:**

- per lo sportello d'ascolto con gli STUDENTI e DOCENTI il colloquio si terrà in presenza all'interno della scuola, nelle giornate e orari indicati dall' esperto, possibile a seguito della richiesta di un appuntamento all'esperto tramite E-Mail che deve venire confermato da quest'ultima.
- PER I GENITORI il colloquio sarà possibile a distanza, TELEFONICAMENTE o mediante VIDEO, solo su appuntamento preso con l'esperto tramite messaggio o mail (per occasioni particolari, valutate singolarmente, sarà possibile effettuare il colloquio in presenza).

Sia studenti che docenti possono richiedere la modalità a distanza e verrà valutata singolarmente la richiesta.

b) **Scopi:** OFFRIRE UN SUPPORTO PSICOLOGICO.

Inoltre nel caso dovessero emergere difficoltà sarà possibile, ACCOGLIERE LE PROBLEMATICITA' SPECIFICHE DEGLI ALUNNI, PREVENIRE SITUAZIONI DI RISCHIO, SEGNALARE LA NECESSITA' D'INTERVENTI SPECIALISTICI, ATTIVARE LA RETE DI SUPPORTO INTORNO ALL'ALUNNO, FORNIRE INFORMAZIONI SU SPECIFICHE TEMATICHE.

c) Limiti: NON VIENE GARANTITA' L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO

d) durata delle attività VARIA A SECONDA DELL'INTERVENTO

La 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.ordinepsicologier.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 Professionista: SERENA PETRONCINI

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE 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 dalla dott.ssa SERENA PETRONCINI 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/o 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 minore di cui sopra possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa SERENA PETRONCINI 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
_____ nata/o 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 minore di cui sopra possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa SERENA PETRONCINI 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 dalla dott.ssa SERENA PETRONCINI 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
