

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO per EMERGENZA COVID

La sottoscritta Dott.ssa Bordenca Gioacchina Ilaria, Psicologa/Psicologo Scolastico, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia n. 2369, cell. 3285498041, email ilaria.bordenca@gmail.com, gioacchinabordenca@pec.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Comprensivo Statale Don Bosco fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso Istituto Comprensivo Statale Don Bosco, Naro (AG),
- Le prestazioni verranno svolte anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *WhatsApp o Skype* con modalità videochiamata con totale *riservatezza del setting*. 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.

Lo Sportello di ascolto psicologico e consulenza è rivolto gratuitamente ad alunni, docenti, genitori e personale ATA, considerata la crescente situazione di emergenza data dall'epidemia COVID -19

I colloqui non avranno natura clinica né terapeutica, ma esclusivamente di sostegno psicologico, consulenza e orientamento.

Obiettivi dello Sportello di Ascolto Psicologico:

- supporto psicologico individuale nel periodo di emergenza
- sostegno alla persona, laddove mostri delle fragilità emotive, scarsa motivazione o difficoltà nell'affrontare questo periodo di emergenza e di forte destabilizzazione
- supporto genitoriale nella gestione dei figli a casa (conflittualità, organizzazione del tempo e dello spazio, difficoltà relazionali)
- supporto emotivo agli insegnanti sul piano emotivo e didattico.
- supporto emotivo al personale non docente

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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 (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 _____