

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa **ANNA ELISABETTA CALENZO**, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n. 2234, cell. **3384318612** email annaelisabetta.calenzo.d@iistiburto.edu.it pec annaelisabettacalenzo@sicurezzapostale.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola IIS PUBLIO ELIO ADRIANO fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese a partire dal mese di NOVEMBRE 2024, saranno personali e gestiti in PRESENZA presso le due sedi dell'istituto.

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

(a) tipologia d'intervento: COLLOQUI DI ASCOLTO E SOSTEGNO PSICOLOGICI E/O, ove richiesto, attività di sui gruppi classe (dopo aver acquisito i consensi genitoriali);

(b) modalità organizzative: INCONTRI IN SEDE, a MARTEDI' alterni, dalle 9 alle 12 (una volta presso la sede di via G. Petrocchi e una volta presso la sede di via Sant' Agnese). In caso di chiusure, festività o eventi specifici per suddette giornate, si effettueranno dei recuperi;

(c) scopi: garantire un supporto psicologico **al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie**, agendo a 360 gradi per accogliere e rispondere ai bisogni della scuola intesa come un sistema complesso costituito da individui, gruppi ed istituzioni (la famiglia, la scuola stessa, le realtà territoriali) in interazione tra loro;

(d) limiti: non sono consentiti più di 3 incontri ad individuo della durata massima di 20 m ognuno;

(e) durata delle attività: novembre 2024 – giugno 2025.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine Nazionale.

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

ANNA ELISABETTA CALENZO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente

La docente/ docente/il

Il personale scolastico/ personale

Il genitore

dichiara

di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dottoressa ANNA ELISABETTA CALENZO presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

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

nata a

il ___/___/___

e residente a

in via/piazza

.....n.....

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 minorenni.....

nato a

il ___/___/___

e residente a

in via/piazza

.....n.....

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

.....

residente a

.....

in via/piazza

.....n.....

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