

CONSENSO INFORMATO

PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa CERICOLA IRENE Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto (n. 6266) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. "Leonardo da Vinci" di Venezia-Mestre fornisce le seguenti informazioni.

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

(a) tipologia d'intervento: attività di consulenza finalizzata al supporto psicologico.

(b) modalità organizzative dello sportello di ascolto e delle osservazioni in classe. Le prestazioni, previo appuntamento, potranno essere rese:

- in presenza presso uno spazio idoneo individuato all'interno della sede di direzione nella giornata di mercoledì dalle 9.00 alle 11.00 (sportello ascolto);
- in modalità telematica (sportello ascolto);
- in classe (osservazione alunni) previa sottoscrizione del consenso informato di tutti i genitori della classe e dei docenti presenti.

Ogni consulenza sarà resa previo consenso informato (nel caso di minori espresso da entrambi i genitori o da un solo genitore ai sensi del DPR 445/2000, in ottemperanza agli articoli artt. 316, 337 ter e 337 quater del CC, o dagli esercenti la responsabilità genitoriale).

Sarà possibile richiedere un colloquio inviando una richiesta all'indirizzo mail irene.cericola@icleonardodavinci.org.

La psicologa proporrà data, ora e luogo del colloquio (se effettuato da remoto, attraverso **Google Meet**)

(c) scopi: lo Sportello di Ascolto si propone di offrire uno spazio di consulenza e sostegno agli studenti, ai genitori, ai docenti e a tutto il personale scolastico, al fine di favorire: la crescita dei bambini e dei ragazzi e il superamento di difficoltà legate al periodo evolutivo attraversato; l'incremento delle capacità educative degli adulti; una maggior conoscenza di sé e consapevolezza delle proprie emozioni; l'incremento della capacità di gestione dello stress; il miglioramento delle capacità di problem solving, sia a livello individuale che di gruppo; l'attivazione di atteggiamenti di resilienza in presenza di eventi critici, in particolare in questo periodo di pandemia.

Lo Sportello di ascolto recepisce gli obiettivi del Protocollo d'Intesa tra MIUR e CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) del 18/11/2018 che mira a *"sviluppare una serie di azioni volte a promuovere la cultura della salute e del benessere nell'ambiente scolastico al fine di migliorare le condizioni di vita degli studenti, prevenendo l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico"* (art. 1);

(d) limiti: all'interno dello Sportello di Ascolto viene effettuata attività di consulenza, non verranno effettuate attività di diagnosi o psicoterapia;

(e) durata delle attività: lo Sportello di Ascolto sarà attivo fino al 31 maggio 2023;

Il 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.opl.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):



MAGGIORENNI

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cericola presso lo Sportello di ascolto (in presenza/on line) o in classe, secondo le modalità concordate).

Luogo e data Firma

MINORENNI

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

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 dalla dott.ssa Cericola presso lo Sportello di Ascolto (in presenza/on line) o in classe, secondo le modalità concordate).

Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

nato 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 dalla dott.ssa Cericola presso lo Sportello di Ascolto in presenza/on line) o in classe, secondo le modalità concordate.

Luogo e data Firma del padre

Nel caso di firma di un solo genitore, ai sensi del DPR 445/2000, il sottoscritto dichiara di effettuare la presente sottoscrizione in ottemperanza agli articoli artt. 316, 337 ter e 337 quater del CC che richiedono il consenso e l'accettazione dell'altro genitore

Luogo e data Il genitore unico firmatario

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il ____/____/____ Tutore del minorenni.....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 dalla dott.ssa Cericola presso lo Sportello di Ascolto in presenza/on line) o in classe, secondo le modalità concordate.

Luogo e data Firma del tutore