

Allegato A

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA IN MODALITA' ON LINE DELLO SPORTELLINO DI ASCOLTO SCOLASTICO DEL I.I.S. PIAGET-DIAZ DI ROMA

Le sottoscritte dottoresse:

- MARIA NUOVO, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 5797;
- SUSANNA SARDILLI, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.5228/94.,
- BRUNELLA PALMIERI, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.21107,

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto in modalità on line per I.I.S. PIAGET-DIAZ di Roma forniscono le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso le quattro sedi dell'istituto, come di seguito riportato:

Psicologo-Psicoterapeuta	Sede	indirizzo e mail	cellulare
dott.ssa M. Nuovo	Via Diana Via De Chirico	nuovom@inwind.it	3248890915
dott.ssa S. Sardilli	V.le Nobiliore	sardillisusanna@gmail.com	333 9193042
dott.ssa B. Palmieri	Via Taranto	bruna.palmieri02@gmail.com	3894933716

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

(a) tipologia d'intervento:

- consulenza rivolta a alunni, genitori e personale della scuola che ne faccia richiesta;
- incontri nelle classi in accordo con i docenti sulla base dell'analisi dei bisogni.

(b) modalità organizzative:

- lo sportello sarà operativo come da accordi con la scuola e l'esperto garantirà la riservatezza di quanto riportato dalla persona che ne ha usufruito;

L'accesso allo sportello sarà regolato secondo le modalità indicate nella circolare di cui questo documento costituisce l'Allegato A.

(c) scopi:

- orientamento allo studio e sostegno nella gestione di difficoltà correlate con lo studio;
- ascolto o sostegno nella gestione di difficoltà/disagi personali, relazionali, affettive, familiari (facilitazione nella gestione dell'ansia, potenziamento dell'autostima e autoefficacia);
- orientamento verso servizi specialistici territoriali di tipo sanitario, sociale, ricreazionale;
- approfondimento di tematiche connesse all'adolescenza;
- sostegno e orientamento nei casi in cui si è vittima episodi spiacevoli di esclusione, vittimizzazione ecc.

(d) limiti: Lo sportello offre consulenza psicologica. Per questo non prende in carico situazioni che necessitano di psicoterapia, che necessita di strutture idonee.

(e) durata delle attività dal **1 maggio al 5 giugno 2020**;

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.ordinepsicologilazio.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. Inoltre le psicologhe/psicoterapeute sono state incaricate dall'Istituto come responsabili esterne del trattamento dati.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscrivere con firma autografa l'autorizzazione corrispondente alla tipologia d'utente, come da Allegato B , disponibile in formato Word editabile .

Chi non avesse possibilità di stampare le autorizzazioni può inviarle anche manoscritte, purché complete in ogni loro parte e con firma autografa, alla dottoressa con la quale è stata fissato il primo appuntamento on-line.

1. Autorizzazione e dichiarazione per STUDENTI MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___ e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver preso atto di quanto illustrato sia nell'Allegato A che nella circolare di riferimento e decide, con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese nella **modalità on line** concordata con la dottoressa (riportare il nominativo della dott.ssa)

Con la presente dichiarazione, ai fini della tutela della privacy, si sottoscrive (per sé se maggiorenne o per conto del figlio minore) quanto segue:

1. Il sottoscritto si assume la responsabilità di non provvedere in alcun modo e con alcun mezzo alla registrazione audio e/o video della consulenza psicologica che è espressamente vietata;
2. Il sottoscritto si assume la responsabilità di garantire l'assenza di persone nella stanza in cui effettua il collegamento on-line durante la consulenza psicologica".

Luogo e data

Firma della madre

.....

Il sig. padre del minorenn.....
nata a il ___/___/___ e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver preso atto di quanto illustrato sia nell'Allegato A che nella circolare di riferimento e decide, con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese nella modalità on line concordata con la dottoressa (riportare il nominativo della dott.ssa)

Con la presente dichiarazione, ai fini della tutela della privacy, si sottoscrive (per sé se maggiorenne o per conto del figlio minore) quanto segue:

1. Il sottoscritto si assume la responsabilità di non provvedere in alcun modo e con alcun mezzo alla registrazione audio e/o video della consulenza psicologica che è espressamente vietata;
2. Il sottoscritto si assume la responsabilità di garantire l'assenza di persone nella stanza in cui effettua il collegamento on-line durante la consulenza psicologica".

Luogo e data.....

Firma del padre

.....

2. Autorizzazione e dichiarazione per STUDENTI MINORENNI SOTTO TUTELA

Il sottoscritto/a nata a il ___/___/___ e
Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
residente a in via/piazzan.....
dichiara di aver preso atto di quanto illustrato sia nell'Allegato A che nella circolare di riferimento e decide, con
piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese nella **modalità on line** concordata con la dottoressa (riportare il nominativo della dott.ssa)

Con la presente dichiarazione, ai fini della tutela della privacy, si sottoscrive (per sè se maggiorenne o per conto del
figlio minore) quanto segue:

1. Il sottoscritto si assume la responsabilità di non provvedere in alcun modo e con alcun mezzo alla registrazione
audio e/o video della consulenza psicologica che è espressamente vietata;
2. Il sottoscritto si assume la responsabilità di garantire l'assenza di persone nella stanza in cui effettua il
collegamento on-line durante la consulenza psicologica".

Luogo e data

Firma del tutore

.....

3. Autorizzazione e dichiarazione per STUDENTI E UTENTI MAGGIORENNI

Il sottoscritto/a nata a il ___/___/___ e
residente a in via/piazzan.....
dichiara di aver preso atto di quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso al fine di accedere alle prestazioni professionali rese nella **modalità
on line** concordata con la dottoressa (riportare il nominativo della dott.ssa)

Con la presente dichiarazione, ai fini della tutela della privacy, si sottoscrive (per sè se maggiorenne o per conto del
figlio minore) quanto segue:

1. Il sottoscritto si assume la responsabilità di non provvedere in alcun modo e con alcun mezzo alla registrazione
audio e/o video della consulenza psicologica che è espressamente vietata;
2. Il sottoscritto si assume la responsabilità di garantire l'assenza di persone nella stanza in cui effettua il
collegamento on-line durante la consulenza psicologica".

Luogo e data

Firma

.....