

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

La sottoscritta dott.ssa SIMONA CICALA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 4555, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo G. Rodari di Palagiano (TA), fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Comprensivo G. Rodari sito in Palagiano (Ta), in Viale Bachelet, 2. Vi è la possibilità di svolgere le attività di sportello anche in modalità online.

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

tipologia d'intervento: Laboratori di scrittura creativa sul mondo emotivo dei ragazzi al tempo del COVID-19 (Rivolto ai ragazzi delle classi quarta e quinta della scuola primaria); Sportello d'ascolto e consulenza psicologica (Rivolto ai ragazzi della scuola secondaria di primo grado, a tutti i genitori, a tutti i docenti ed a tutto il personale ATA dell'istituto comprensivo G. Rodari).

modalità organizzative: le attività laboratoriali saranno svolte nei giorni 11 e 18 gennaio in orario scolastico; l'attività di sportello d'ascolto sarà svolta in orario extrascolastico nei giorni: 11 Gennaio dalle ore 15,30 alle ore 17,30 e 14, 18, 21, 25 e 28 Gennaio dalle ore 15,30 alle ore 18,30.

scopi: rispondere ai disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e prevenirne l'insorgenza;

modalità di prenotazione allo sportello d'ascolto pomeridiano: È preferibile la prenotazione tramite la mail: dottoressacicala.psicologa@gmail.com, indicando nome, cognome, ruolo (alunno, genitore, docente, personale ATA) e giorno in cui sarebbe preferibile prenotarsi. Il minore deve fornire il seguente consenso informato, firmato da entrambi i genitori.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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.....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La/Isottoscritta/o 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 SIMONA CICALA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI (per Sportello di ascolto)

La Sig.ra madre del minorenn.....

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 SIMONA CICALA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....

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 SIMONA CICALA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA (Per Sportello di ascolto)

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

Tutore del minorenn.....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 SIMONA CICALA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

MINORENNI (Per attività laboratoriali collettive di scrittura creativa)

La Sig.ra madre del minorenn.....

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 SIMONA CICALA presso la classe di appartenenza consistenti in attività laboratoriali collettive di scrittura creativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....

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 SIMONA CICALA presso la classe di appartenenza consistenti in attività laboratoriali collettive di scrittura creativa.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA (Per attività laboratoriali collettive di scrittura creativa)

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

Tutore del minorenn.....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 SIMONA CICALA presso la classe di appartenenza consistenti in attività laboratoriali collettive di scrittura creativa.

Luogo e data

Firma del tutore