

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 terze, quarte e quinte della scuola primaria e a tutte le classi della scuola secondaria di I grado di seguito indicate:

APRILE				
	9,00-10,00	10,00-11,00	11,00-12,00	12,00-13,00
Mart. 13	1A secondaria	1B secondaria	1C secondaria	1D secondaria
Giov. 15				
Ven. 16				
Lun. 19	1A primaria		1B Primaria	
Mart. 20				
Giov. 22				
Ven. 23	1C primaria		1D primaria	
Lun. 26	1E primaria			
Mart. 27				
Giov. 29				
MAGGIO				
	9,00-10,00	10,00-11,00	11,00-12,00	12,00-13,00
Mar. 4				
Ven. 7	2C primaria		2D primaria	
Gio. 13	3A primaria		3B primaria	
Ven. 14	2A primaria		2B primaria	
Mart. 18	2A secondaria	2B secondaria	2C secondaria	2D secondaria
Gio. 20	3A secondaria	3B secondaria	3C secondaria	3D secondaria

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, in orario curriculare, secondo il calendario sopra riportato;

; l'attività di sportello d'ascolto sarà svolta in orario extracurriculare, secondo il seguente calendario:

APRILE	
	15-18
Mart. 13	Sportello
Mart. 20	Sportello
Mart. 27	Sportello (15-17)
MAGGIO	
	15-18
Mar. 4	Sportello
Gio. 6	Sportello
Gio. 13	Sportello
Gio. 20	Sportello (15-17)

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 (per Sportello di ascolto)

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 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 SIMONA CICALA presso lo Sportello di ascolto.

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 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 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 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

MINORENNI (Per attività laboratoriali collettive di digito - pittura)

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 digito - pittura.

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 digito - pittura.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA (Per attività laboratoriali collettive di digito - pittura)

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 digito - pittura.

Luogo e data

Firma del tutore