

Attivazione sportello psicologico alunni, genitori e personale IC “Caloprese” a.a. 2023/2024

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

La sottoscritta Dott.ssa Ivana Mancuso

Iscrizione Ordine degli Psicologi della Regione Calabria n. 1632

Email: ivana.mancuso@libero.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Comprensivo “Caloprese” fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l’Aula Magna come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico e promuovere benessere psicologico. Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del “Codice Deontologico degli psicologi italiani”).

Modalità organizzative

Lo sportello d’ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi della scuola di ogni grado, a tutto il personale scolastico e ai genitori degli alunni dell’IC “Caloprese”.

Limiti

Per l’accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

Durata delle attività

Il servizio di sportello psicologico è attivo **ogni martedì dalle ore 9:30- 12:00** dal 26 settembre 2023 al mese di maggio 2024. 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 d’ascolto psicologico, 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.

ALUNNI MINORI

In qualità di genitori del/della minore.....
..... che frequenta la classe.....

La Sig.ra 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 Ivana Mancuso presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data
madre

Firma della

.....

Il Sig..... 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 dalla Dott.ssa Ivana Mancuso presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

.....

MINORI SOTTO TUTELA

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

il / / Tutore del minorenne..... che frequenta la
classe in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

..... residente
a..... 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 dalla Dott.ssa Ivana Mancuso presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

.....