

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO “SPORTELLO HELP- ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO”

Le sottoscritte dott.ssa Stefania Scarselli e dott.ssa Silvia Della Corte, Psicologhe Psicoterapeute, iscritte all’Ordine degli Psicologi del Molise, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo “Sportello HELP- ascolto e supporto psicologico” istituito presso l’I.S.I.S. “Fermi- Mattei” forniscono le seguenti informazioni.

Le attività dello “Sportello HELP” saranno finalizzate al conseguimento di un migliore equilibrio psichico di gruppo e personale. Gli strumenti principali saranno gli interventi d’aula, condotti con l’intero gruppo-classe sulla base di specifiche necessità, e i colloqui clinici individuali, rivolti ad alunni, genitori e insegnanti a seguito di richiesta dell’interessato. Per prenotarsi, è necessario comunicare la propria volontà di partecipazione al docente coordinatore di classe oppure inviare una email ai seguenti indirizzi:

stefania.scarselli@yahoo.it ; silviadcorte@gmail.com.

Le prestazioni saranno svolte presso i locali della scuola in orario antimeridiano e, solo in caso di situazioni particolari, attraverso l’uso di tecnologie di comunicazione a distanza. Nel caso specifico, verrà impiegata la piattaforma utilizzata dalla scuola e i colloqui sono erogati in modalità di videochiamata. Le professioniste si impegnano ad utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore e, durante la prestazione, a situarsi in spazi riservati, in cui non siano presenti soggetti terzi. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio, 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 invitano gli interessati a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Le professioniste

Dott.ssa Stefania Scarselli

Dott.ssa Silvia Della Corte

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO- ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

DOCENTI E Personale ATA

Il/ La sottoscritto/a 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 Stefania Scarselli e dott.ssa Silvia Della Corte presso lo “Sportello HELP”.

Luogo e data

Firma

GENITORI

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 Stefania Scarselli e dott.ssa Silvia Della Corte presso lo "Sportello HELP".
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 Stefania Scarselli e dott.ssa Silvia Della Corte presso lo "Sportello HELP".
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

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 Stefania Scarselli e dott.ssa Silvia Della Corte presso lo "Sportello HELP".
Luogo e data Firma del tutore