

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

La sottoscritta dott.ssa Giordana Roberti, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 16558, (e-mail: giordana.roberti@papareschi.net) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.I.S. "VIA DEI PAPARESCHI" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese in presenza presso la Sede centrale sita in Via dei Papareschi n. 30/A e, se necessario, a distanza attraverso la piattaforma Google Meet.

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

- (a) Tipologia d'intervento: L'intervento si basa su attività di ascolto e supporto psicologico, attraverso la tecnica del colloquio e degli interventi all'interno del gruppo classe. È rivolto a tutti i protagonisti del contesto scolastico, con un focus centrato e rivolto agli studenti e a disposizione anche del personale scolastico e dei genitori.
- (b) Modalità organizzative: L'accesso allo Sportello avverrà su richiesta e potrà avvenire previo appuntamento concordato via e-mail tramite l'indirizzo giordana.roberti@papareschi.net, in occasione del quale saranno concordate data e ora del colloquio. I colloqui si svolgeranno nel rispetto della privacy degli studenti e dei genitori che vorranno usufruire di tale spazio d'ascolto e i contenuti saranno coperti dal segreto professionale (D.lgs. 30.06.2003 n. 196);
- (c) Scopi: L'obiettivo dell'intervento è la promozione della salute e del benessere psico-fisico nonché il miglioramento delle strategie comunicative e relazionali. Si mette a disposizione uno spazio di ascolto e accoglienza atto a: favorire il riconoscimento e la gestione delle emozioni; aumentare la resilienza per affrontare lo stress legato alla vita scolastica, familiare e sociale; riconoscere le proprie potenzialità, risorse e capacità come base del percorso di crescita personale; consentire un migliore adattamento alle sfide educative connesse al nuovo contesto scolastico;
- (d) Limiti: L'attività dello Sportello di Ascolto non ha finalità terapeutiche e non costituisce attività psicoterapeutica.
- (e) Durata delle attività: Le attività di ascolto e supporto psicologico avranno inizio nel corso del mese di Settembre 2024 e termineranno con la conclusione dell'anno scolastico 2024-2025.

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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista

Dott.ssa Giordana Roberti



MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente..... 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 Giordana Roberti presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ramadre del minorene.....nata a il...../...../..... e residente ain 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 Giordana Roberti presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....nato a il...../...../..... e residente ain 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 Giordana Roberti presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a..... il...../...../..... e residente a.....in via/piazza.....n..... Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero).....

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 Giordana Roberti presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del Tutore

