

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

La sottoscritta dott.ssa Anna Savino, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia (annasavinopsicologa.studio@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola FONDAZIONE AIB, CF OME, CF CASTEL MELLA fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le due sedi di CF AIB Ome (Piazza Aldo Moro, 23) e CF AIB Castel Mella (Via G. di Vittorio, 18).

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

(a) tipologia d'intervento: SPORTELLO PSICOLOGICO ad accesso gratuito.

(b) modalità organizzative: Per fissare il primo colloquio:

- le allieve, gli allievi e i genitori chiedono l'appuntamento contattando i Tutor delle sedi (Prof. Valsecchi Franco f.valsecchi@fad.cfaib.it e Prof.ssa Laura Martinelli l.martinelli@fad.cfaib.it);
- il personale della scuola chiedono l'appuntamento contattando direttamente la professionista incaricata, dott.ssa Anna Savino (annasavinopsicologa.studio@gmail.com).

Gli studenti e le studentesse maggiorenni, i genitori e il personale della scuola sottoscrivono la presente adesione al momento stesso del colloquio.

Gli studenti e le studentesse minorenni accedono al servizio **previa autorizzazione dei genitori o dei tutori** tramite sottoscrizione del presente documento.

(c) scopi: Il servizio si configura per allieve e allievi come spazio di ascolto, supporto, prevenzione e promozione del benessere. I genitori che ne faranno richiesta potranno trovare un ascolto attivo per gestire dubbi e perplessità rispetto alla crescita dei figli e delle figlie adolescenti e strategie operative per affrontare in modo diverso le sfide quotidiane. Il personale della scuola potrà usare lo sportello come spazio di ascolto e confronto circa i comportamenti di alunni*, possibili metodologie concrete d'intervento in classe, il rapporto con colleghi*, alunni*, docenti e genitori;

(d) limiti: l'attività non ha finalità diagnostica, né terapeutica;

(e) durata delle attività: fino a 4 incontri della durata di 30 minuti ciascuno;

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 <https://www.opl.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.

Dott.ssa Anna Savino



SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ALLIEV* 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 dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

ALLIEV* MINORENNI

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 dal... dott.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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore