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

La sottoscritta Dott.ssa, Psicologa e Psicoterapeuta Sistemico Relazionale, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Campania con il n 1156 (tel 3791916868, indirizzo di posta elettronica giovannacastelliti@email.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE “L. Vanvitelli” di Lioni (AV) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso gli ambienti scolastici e/o on-line;

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

(a)tipologia d'intervento: Il Progetto offre la possibilità di sperimentare il valore della riflessione guidata dall’esperto. L’intervento che si svolge all’interno dello Sportello d’Ascolto non ha fini terapeutici ma di sostegno in un’ottica psicopedagogica di intervento integrato;

(b) modalità organizzative: Incontri di gruppo in classe (in presenza/online); supporto psicologico per rispondere a disagi derivanti dall’emergenza COVID-19; Colloqui di sostegno psicologico individuali per studenti, genitori e insegnanti; incontri tematici sulla genitorialità e/o sul disagio giovanile rivolti ai genitori; incontri dedicati ai docenti utili ad attivare una collaborazione legata alla gestione delle dinamiche delle classi;

(c) scopi: Accogliere, Informare, Indicare, Sostenere e Valorizzare le potenzialità e le risorse della scuola, cercando di comprendere in che modo le conoscenze specialistiche possano essere tradotte in strumenti e buone prassi. È un servizio di promozione della salute intesa nel senso più ampio: benessere fisico, psichico e socio-relazionale;

(d) durata delle attività: Anno Scolastico 2022/2023

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo www.psicamp.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 Maria Giovanna Castelliti

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

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

MINORENNI

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata 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 Dottoressa Maria Giovanna Castelliti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

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 Dottoressa Maria Giovanna Castelliti 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 minorenne...............................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dottoressa Maria Giovanna BM Castelliti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore