

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

(Studenti)

La dott.ssa Mariangela Cardinale, Psicologa/Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 6250 (cellulare 3487757532; email mariangelacardinale@gmail.com) e la dott.ssa Clara Cacciatore, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana n. 8987, (cellulare 3809041072; email cacciatore.clara@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto (Servizio Gratuito) istituito presso **Liceo Scientifico e Linguistico Statale Leonardo** forniscono le seguenti informazioni.

- La prestazione consiste in un sostegno e una consulenza psicologica a distanza, finalizzata a recuperare il benessere psicologico dell'individuo e **non avrà finalità né diagnostica, né psicoterapeutica.** Potranno essere usati strumenti conoscitivi per avere delle informazioni utili per la relazione di supporto.
- Gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui sviluppati in **modalità "online"**, a distanza tramite telefono oppure applicazione (voce o video): ogni consulenza potrà avere una durata di **40-50** minuti; ovvero tramite videochiamata Skype o altra piattaforma idonea allo scopo: ogni videoconsulenza potrà avere una durata di **45** minuti. Per entrambe le modalità è **ESCLUSA la REGISTRAZIONE della CONVERSAZIONE.** Tali consulenze "a distanza" dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati.
- La durata complessiva dell'intervento è prevedibile in un numero **massimo di 3 incontri** per ciascun ragazzo.
- Il colloquio avverrà previo appuntamento concordato via mail e l'invio della modulistica di autorizzazione richiesta.
- I dati forniti saranno trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Marianagela Cardinale; il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi.
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di consulenza a DISTANZA e comunque strettamente legate alle finalità della relazione di sostegno. Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà quindi luogo con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del Dirigente Scolastico.



- Una volta concluso il proprio intervento, la dott.ssa di riferimento s'impegna a utilizzare l'eventuale materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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.
- Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista. In tal caso i genitori si impegnano a comunicare tale volontà di interruzione alla psicologa, rendendosi disponibili a far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto sino ad allora.

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

Il Professionista Responsabile del servizio


firma



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/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 minorenne.....
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 minorenne.....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