

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

Lo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "Margherita HACK" - Cod. Mec. RMIS093003 fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso un'aula della scuola appositamente dedicata.

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

- tipologia d'intervento: ascolto attivo, accoglienza, informazione, supporto per la promozione del benessere
- modalità organizzative:
 - L'accesso allo sportello avverrà tramite prenotazione alla seguente mail: sportello.ascolto@iismargheritahack.edu.it, indicando nome, cognome, classe frequentata e sede dell'Istituto (Nervi o Piazz).
 - Le prenotazioni verranno stabilite dalle professioniste che invieranno una successiva mail di risposta con l'indicazione del giorno e dell'ora. Le richieste verranno accettate in ordine di arrivo.
 - Ogni incontro avrà la durata massima di trenta minuti a persona o per piccoli gruppi (max 3).
 - Gli incontri avverranno nel rispetto delle norme anti-Covid: distanziamento sociale ed utilizzo della mascherina.
- limiti: lo sportello d'ascolto *non si propone come un percorso clinico e psicoterapico*

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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.

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 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