

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

Il sottoscritto dott. Gregorio Manieri, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 5880, Email: gregmanieri@hotmail.com; PEC: gregoriomanieri@psypec.it; Cel: 333 6642271, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto Comprensivo Polo 2 – Galatone – Seclì fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede scolastica di Via Tunisi, 31 e se necessario anche nelle altre sedi dell'Istituto presenti nei comuni di Galatone e Seclì;

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

Tipologia d'intervento e obiettivi principali: Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico derivanti dall'emergenza Covid-19. Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

Modalità organizzative: Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi dell'Istituto Comprensivo Polo 2 – Galatone – Seclì, a tutto il personale scolastico e ai genitori dell'IC Polo 2 – Galatone – Seclì.

Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione dello stesso secondo la seguente modalità: richiesta del personale scolastico e delle famiglie tramite segreteria della scuola.

Limiti: Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista.

Durata delle attività: Lo sportello psicologico sarà attivo fino al 31.08.2022, termine dell'anno scolastico. 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.psicologipuglia.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 (firma) 

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. Gregorio Manieri 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. Gregorio Manieri 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. Gregorio Manieri 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. Gregorio Manieri presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore