



Istituto di Istruzione Secondaria Superiore ITTL - ITCAT - ITE - IPS - Riposto



Istituto Tecnico Trasporti e Logistica "L.Rizzo"
Istituto Tecnico Costruzioni, Ambiente e Territorio "N.Colajanni"
Istituto Tecnico Economico "E.Pantano"
Istituto Professionale Servizi per la Sanità e Assistenza Sociale "A.Olivetti"

Sede amministrativa: Via Pio La Torre, 1 - 95018 - RIPOSTO (CT) - Tel. 095 6136745 - Fax 095 8730469 - C.F. 92015900878
Cod. MPI CTIS01300G - mail:ctis01300g@istruzione.it - pec:ctis01300g@pec.istruzione.it - www.iisriposto.edu.it - C.U.U.: UF0N10

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E PER LE ATTIVITÀ ONLINE E/O PRESSO L'ISTITUTO SCOLASTICO PREVISTE PER IL SERVIZIO DI SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO – SPORTELLO DI ASCOLTO

Gentile Signore/a,

a seguito dell'attivazione del servizio di supporto psicologico a titolo gratuito presso L'Istituto, rivolto a studenti e personale della scuola e affidato alla dott.ssa Giorgia Recupero, psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia n. 13147, con la presente desideriamo informarla riguardo le modalità di erogazione del servizio ed il trattamento dei dati personali che sarà effettuato.

Descrizione delle attività

Le attività dello sportello di Ascolto e sostegno psicologico, come da Protocollo d'Intesa tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi del 26/10/2020, in relazione all'emergenza COVID19, saranno come di seguito finalizzate:

- fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie attraverso colloqui per rispondere ai traumi e ai disagi derivati dall'emergenza COVID-19 e prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
- aiutare ad affrontare lo stato di solitudine generato dall'isolamento sociale e dalla restrizione di spazi di incontro e socializzazione e migliorare il benessere psicologico;
- fornire ai docenti strumenti e strategie per gestire percorsi di educazione alla salute psicofisica.
- erogare consulenza per i docenti e personale scolastico e/o interventi specifici in classe (previa autorizzazione dei genitori), quali circle time, brainstorming, osservazione dinamiche relazionali gruppo classe, role play.

Le prestazioni verranno rese presso le sedi dell'Istituto nel rispetto del protocollo COVID ed eventualmente anche in modalità attraverso le piattaforme istituzionali adottate dall'istituto e, più specificamente, attraverso videocall su Pc / tablet / smartphone. La psicologa non è responsabile in alcun modo dell'uso fraudolento ed illecito della piattaforma e dei relativi servizi che possa esser fatto da parte di terzi.

La consulenza psicologica non comprende pratiche di attività psicodiagnostica e psicoterapeutica, in conformità coi principi espressi nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. La consulenza fornita ha carattere informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico come da Protocollo sopra citato.

Le consulenze anche a distanza devono avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. I colloqui non verranno né dovranno essere registrati né in audio né in video.

In qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro a distanza finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.

La Psicologa è tenuta al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge. Il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Non è definibile a priori la durata complessiva dell'intervento.

La Psicologa può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.).

Di seguito i moduli di consenso informato per maggiorenni e minorenni da restituire firmati con allegata copia del documento di riconoscimento, secondo le modalità indicate nella circolare

Il Dirigente Scolastico

Dott. Ing. Rosalba Mingiardi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93



Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo di consenso informato prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all'indirizzo mail sportellopsicologo@iisriposto.edu.it allegando copia del documento di identità.

Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico
dell'Istituto ITTL-ITCAT-ITE-IPS Riposto

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il Sig./la Sig.ra

.....
identificato/a mediante documenton°

chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giorgia Recupero presso lo Sportello Psicologico. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Il Sig./la Sig.ra

.....
identificato/a mediante documenton°

madre / genitore 1/tutore del/della minorenni.....

Classe..... ITTL ITCAT IPS ITE

Nata/o a il ____ / ____ / ____

e residente a, via/piazza.....n.....
chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giorgia Recupero presso lo Sportello Psicologico. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma madre / genitore 1/tutore

Il Sig./la Sig.ra

.....
identificato/a mediante documenton°

padre / genitore 2 / tutore del/della minorenni.....

Classe..... ITTL ITCAT IPS ITE

Nata/o a il ____ / ____ / ____

e residente ain via/piazza n.....
chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Giorgia Recupero presso lo Sportello Psicologico. Dichiaro, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e data

Firma padre / genitore 2 / tutore

Il/La sottoscritto/a.....

data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Firma del genitore