

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

La sottoscrittadott.ssa Michela Clemente, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 3091, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola "Pascoli-Giovinazzi" di Castellaneta fornisce le seguenti informazioni.

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

- **Sportello per la scuola dell'infanzia e per la scuola primaria:** si terranno in considerazione le segnalazioni dei docenti e dei genitori e si potranno effettuare osservazioni in classe per proporre un intervento nel gruppo classe.
- **Sportello per la scuola secondaria di primo grado:** il servizio ha lo scopo di accompagnare i ragazzi, che ne faranno spontaneamente richiesta, nell'affrontare situazioni di difficoltà legate al contesto scolastico (agli apprendimenti), alle relazioni tra pari o con gli adulti di riferimento, a problematiche emotive specifiche, come nel caso di questo ultimo periodo in cui siamo di fronte a una condizione di allerta sociale. La richiesta di consulenza può avvenire anche da parte degli alunni di quarta e quinta della scuola primaria.
- **Sportello genitori:** l'obiettivo è quello di sostenere le figure genitoriali, coinvolte nel percorso di crescita dei bambini e dei ragazzi, nell'affrontare situazioni critiche legate al normale processo di sviluppo, o situazioni specifiche come quelle attuali, legate a condizioni contingenti di natura sociale e sanitaria.
- **Sportello personale scolastico:** lo scopo è quello di fornire strumenti che permettano di riconoscere e gestire in maniera funzionale gli stati emotivi dei bambini/ragazzi e supportarli nella gestione dei rapporti scuola-famiglia. Aiutare il personale scolastico nel controllo dello stress correlato al lavoro.
- **Affiancamento docenti:** il servizio si propone di affiancare i docenti per intervenire, in classi selezionate in base a determinati criteri, su problematiche del gruppo classe.

L'attività di sportello scolastico può prendere forma in presenza. In caso di chiusura del plesso scolastico, ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, **si informa che la prestazione** – per la quale in precedenza è già stato acquisito il relativo consenso informato - **verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza.**

La sottoscritta dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

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](http://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**

**Dott.ssa Michela Clemente**

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalladott.ssa Michela Clemente presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenn.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalladott.ssa Michela Clemente 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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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 dott.ssa Michela Clemente presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore