

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI
RELATIVE ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO**

a.s. 2021/22

(COLLOQUI PSICOLOGICI E ALTRI INTERVENTI)

La sottoscritta Dott.ssa Valeria Chiodo, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 8196, tel. 393.2891184, mail: psicologa.valeriachiodo@iismeuccimassa.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IIS Meucci di Massa (MS) fornisce le seguenti informazioni.

A seconda delle indicazioni governative le prestazioni saranno rese:

- In presenza presso IIS Meucci - Massa (MS)

OPPURE

- A distanza attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di *e-health* di carattere psicologico. In particolare, per i colloqui individuali verrà utilizzato lo strumento *Google Meet* tramite gli account dell'istituto con le seguenti modalità: dovrà essere garantita la sicurezza e la riservatezza, durante il video-collegamento deve essere garantito che non ci sia la presenza di terze persone nella stanza e la seduta non potrà in alcun modo essere registrata.

Il professionista 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 dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

- Le attività dello psicologo saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloqui psicologici individuali di consulenza e sostegno psicologico per studenti, insegnanti, genitori e personale scolastico, interventi di promozione del benessere psicologico, psico-educazione e prevenzione rivolti alla classe sulla base di specifiche esigenze e richieste, interventi di formazione e interventi per la promozione del benessere organizzativo rivolti a insegnanti e personale scolastico, eventuale somministrazione di questionari anonimi a tutti i destinatari del progetto per la rilevazione dei bisogni e delle aspettative in fase iniziale e per la valutazione del grado di soddisfazione del progetto in fase finale.

b) modalità organizzative: le attività avranno luogo in orario scolastico (in via prevalente e preferenziale) o in orario extra-scolastico a seconda delle esigenze organizzative degli attori coinvolti; la prenotazione degli incontri dello sportello d'ascolto avverrà tramite contatto mail con la psicologa all'indirizzo psicologa.valeriachiodo@iismeuccimassa.it

c) scopi:

- ❖ promuovere lo sviluppo e il potenziamento delle risorse personali degli studenti, con particolare riferimento alle competenze emotive quali strumento utile a riconoscere e regolare stati emotivi dolorosi
- ❖ accogliere le storie e i contenuti degli studenti in modo non giudicante
- ❖ offrire alle famiglie uno spazio di ascolto che possa costituire un'occasione di contatto e collaborazione tra la realtà familiare e quella scolastica
- ❖ formare e informare il corpo docente e il personale scolastico tutto sulle tematiche inerenti il disagio giovanile e l'adolescenza
- ❖ promuovere il benessere organizzativo
- ❖ offrire al personale docente uno spazio di ascolto psicologico finalizzato all'accoglienza, alla gestione e alla condivisione di difficoltà e contenuti connessi alla professione di insegnante e allo stress lavoro-correlato

d) limiti: si precisa che nel setting a distanza la mancanza dello sguardo clinico del professionista e dell'osservazione in presenza potrebbe ostacolare la valutazione del quadro clinico.

e) periodo delle attività: per l'a.s. 2021/22 le attività prenderanno avvio a partire dal mese di ottobre 2021.

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psy.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La Professionista (firma).....



COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il membro del personale scolastico / Il genitore (specificare) _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valeria Chiodo in presenza o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Recapito telefonico: _____

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI (sono necessari il consenso e la firma di entrambi i genitori)

La Sig.ra _____ madre del minore

nata a _____ il ___/___/___

e residente a _____ in via/piazza _____ n.

recapito telefonico _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valeria Chiodo in presenza o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato a _____ il ___/___/___

e residente a _____ in via/piazza _____ n.

recapito telefonico _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Valeria Chiodo in presenza o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La _____ Sig.ra/Il _____ Sig. _____ nata/o _____ a _____
il ____/____/____

Tutore del minore _____ in ragione di _____
_____ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
recapito telefonico _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal
professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Valeria Chiodo in presenza o mediante interventi di E-Health
di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____