

## **INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

La sottoscritta dott.ssa Manuela Turano, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 8831, abilitata all'esercizio della psicoterapia,

prima di rendere le prestazioni della professione sanitaria relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "E. Pestalozzi" di Pomezia, fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rivolte all'intero I.C. "E. Pestalozzi" di Via Gran Bretagna, 35 Pomezia.

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

### **(a) Colloqui in presenza nella sede dell'Istituto tutti i martedì dalle 9,00 alle 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 15,30**

- Colloqui psicologici individuali rivolti agli adulti, finalizzati alla promozione della salute e del benessere.
- colloqui psicologici individuali rivolti agli alunni minorenni, finalizzati alla promozione della salute e del benessere degli alunni, previo consenso informato rilasciato da entrambi i genitori;
- Incontri di gruppo formativi e informativi con famiglie, personale scolastico e all'interno delle classi al fine di fornire strumenti e strategie utili alla promozione del benessere dell'alunno/a.

### **(b) Modalità organizzative:**

- prima del colloquio è necessario compilare in ogni parte il consenso informato scaricabile dal registro elettronico e allegato alla circolare, seguendo le istruzioni;
- consegnare il modulo in vicepresidenza.

### **(c) Finalità dello Sportello psicologico:**

- fornire sostegno psicologico agli studenti, alle famiglie e al personale scolastico e alla comunità scolastica ucraina rispetto alle difficoltà e alle forme di disagio derivanti dall'emergenza Covid-19, prevenire l'insorgere di disagi e/o malessere psico-fisico legati a difficoltà scolastiche, scarsa motivazione allo studio, disagi relazionali, problematiche familiari e affettive, difficoltà di gestione delle emozioni, stress lavoro correlato, difficoltà relazionali e comunicative, fornire strumenti e strategie di intervento, attraverso l'ascolto attivo, favorendo il benessere, l'adattamento sociale e relazionale.

### **(d) Limiti:**

- i colloqui individuali con gli adulti avranno durata di max 50 minuti, su parere e valutazione dell'esperta;
- i colloqui individuali con gli alunni avranno durata di max 50 minuti, una volta ricevuto il consenso informato di entrambi i genitori, da consegnare direttamente all'esperta;
- 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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.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 Manuela Turano

**ADULTI**

La Sig.ra/ Il Sig. .... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. ...  
..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

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

e residente a .....

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. ....

..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorenni.....

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

e residente a .....

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. ....

..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del... Sig. .... in ragione di  
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a .....

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. .... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del tutore