

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

Il sottoscritto Dott. Gabriele Raimondi, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 3443 (cell. 338 9974823) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Borgonuovo fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso IC Borgonuovo O verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Skype e/o piattaforma google GSuite con le seguenti modalità: prenotazione all'indirizzo sportellodiascolto@icborgonuovo.istruzioneer.it. 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 sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:

- a) tipologia d'intervento: Colloqui individuali/piccolo gruppo; Interventi nel contesto del gruppo classe; Incontri con genitori; Formazione e supporto agli insegnanti nella gestione del ruolo
- b) modalità organizzative : Colloqui della durata orientativa massima di un'ora; Incontri di gruppo della durata orientativa di due ore;
- c) scopi : gestire le difficoltà psicologiche e relazionali connesse all'esperienza scolastica; promuovere il benessere psicologico e relazionali; promuovere lo sviluppo di competenze
- d) limiti: l'intervento non ha una finalità psicoterapeutica

- La/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.ordinepsicologier.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.***

Gabriele Raimondi

Compilare solo il modello interessato, firmare e restituire al coordinatore di classe

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
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 dal dott. Gabriele Raimondi presso lo Sportello di ascolto/ 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. _____
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 dal/dalla dott./dott.ssa Gabriele Raimondi presso lo Sportello di ascolto/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. _____
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 dal dott. Gabriele Raimondi presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del **tutore** _____