

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

Il sottoscritto Dott. Marco Bubola, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Veneto-sezione A n. 9728 (email istituzionale: marco.bubola@icfarra.edu.it; Tel. 3408493349) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola "G-Zanella"- Istituto Comprensivo di Farra di Soligo (TV) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni si svolgeranno presso le aule dell'istituto comprensivo di Farra di Soligo e in modalità a distanza Google Meet;

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

a- Tipologia d'intervento: SPORTELLO ASCOLTO IN PRESENZA PER GLI STUDENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO; CONSULENZA E COLLOQUI IN PRESENZA E/O MODALITA' A DISTANZA GOOGLE MEET RIVOLTI AI GENITORI, AI DOCENTI E A TUTTO IL PERSONALE DELL'ISTITUTO.

b- Modalità organizzative: Per gli studenti della scuola secondaria l'accesso è spontaneo, su prenotazione, inserendo una richiesta scritta nell'apposito contenitore in portineria in cui si indicheranno due proposte di giorni ed orari in base al calendario di disponibilità comunicato dal professionista il quale, in seguito, darà conferma all'alunno per una delle due date proposte. Al primo accesso allo sportello ascolto, lo studente dovrà consegnare al professionista psicologo tale consenso informato debitamente compilato e firmato dai genitori o da chi ne detiene la responsabilità genitoriale/tutela.

Per i genitori che intendono chiedere un colloquio al professionista, è possibile fare richiesta tramite e-mail all'indirizzo: marco.bubola@icfarra.edu.it . Si concorderà con il professionista l'orario e la modalità. Il primo colloquio è preferibilmente in presenza ma si valuterà anche in base alla situazione epidemiologica. Lo stesso procedimento riguarda il personale scolastico che intende usufruire del servizio.

c- Scopi: L'attivazione del servizio di supporto psicologico fornito da un esperto esterno con titolo accademico in Psicologia ha come finalità rispondere al disagio psicologico derivante dall'emergenza sanitaria COVID-19 nel contesto scuola, fornendo supporto nei casi di stress, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico - fisico. La figura dello psicologo scolastico è finalizzata a promuovere il benessere e la salute di studenti, famiglie e personale scolastico.

d- Limiti: I servizi proposti non costituiscono attività di diagnosi, riabilitazione e terapia.

e- Durata delle attività e periodo di svolgimento: il colloquio ha durata di 45 minuti; il periodo di svolgimento è da dicembre 2020 a giugno 2021.

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.ordinepsicologiveneto.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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018)) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

NOTE FINALI

Il sottoscritto dott. Marco Bubola è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto Comprensivo di Farra di Soligo e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

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

Il Professionista

Dott. Marco Bubola

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

Il/La sottoscritto/a sig./ra dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Marco Bubola presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n..... Telefono.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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. Marco Bubola presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenne.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....Telefono.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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. Marco Bubola 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 minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....Telefono.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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. Marco Bubola presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data
Firma del tutore