

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

Al fine di rendere le prestazioni professionali relative allo “Sportello Ascolto” curato dagli esperti Dott. Andrea Galante, Dott.ssa Giulia Ricci e Dott.ssa Camilla Rivera e inserite nelle attività del Centro di Ascolto e Consulenza (CIC) dell’IIS “Medaglia d’oro -Città di Cassino”, si forniscono le seguenti informazioni.

LE ATTIVITÀ DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO SARANNO COME DI SEGUITO ORGANIZZATE:

- (a) **tipologia d'intervento:** ascolto ed orientamento psicologico;
- (b) **modalità organizzative:** l'utente può prenotare un colloquio con l'esperto:
 - I. contattando il responsabile del servizio CIC della scuola (Prof.ssa Mara Di Nitto);
 - II. contattando l'esperto disponibile nei giorni in cui è attivo il servizio;
 - III. inviando una richiesta alla casella mail dedicata cic@medagliadoro.edu.it;
 - IV. depositando una richiesta nella cassetta CIC collocata nell'atrio delle sede centrale;

l'esperto comunicherà all'utente giorno e ora del colloquio. Le prestazioni professionali saranno rese esclusivamente in presenza.

- (c) **scopi:** sostenere psicologicamente l'utenza dell'istituto attraverso azioni di prevenzione del disagio psichico, con prioritaria attenzione alle fasce più fragili ed in situazione di difficoltà sia nel contesto sociale che familiare, delle criticità relazionali tra pari e non, e offrire un sostegno nell'affrontare i traumi e i disagi derivanti dalle emergenze che hanno caratterizzato la vita degli adolescenti negli ultimi;
- (d) **limiti:** si invita l'utenza ad utilizzare tale strumento con serietà ed in caso di vera necessità; l'esperto si riserverà la possibilità di ulteriore colloquio con lo stesso utente solo nel caso in cui non ci siano altre prime richieste;
- (e) **durata delle attività:** i Consulenti restano a disposizione dell'utenza nei giorni e negli orari indicati nel calendario, fino al termine delle lezioni; la durata del singolo colloquio è di un'ora;

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.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, considerando che le richieste saranno gestite dall'Istituto scolastico, resteranno responsabilità dell'Istituto stesso; nel merito dei dati riferiti al professionista, questi saranno 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.

Il consenso al trattamento è fornito dall'interessato (se maggiorenne) o dai genitori/tutori dello studente (se minorenni) attraverso la compilazione e la firma della dichiarazione riportata in calce alla presente informativa, pubblicata altresì nella pagina dedicata al CIC e nella sezione modulistica del Sito Web d'istituto (<https://www.medagliadoro.edu.it/>). Tale dichiarazione di consenso dovrà essere resa all'Istituto mediante consegna a mano all'esperto con cui si intende svolgere il colloquio, oppure inviata via mail, con firma autografa, alla casella di posta elettronica dedicata cic@medagliadoro.edu.it, allegando copia del documento d'identità. L'esperto si accerterà, nel caso di prenotazione tramite email di un minore, della effettiva adesione da parte dei genitori/tutori.

Con la sottoscrizione del consenso si dichiara inoltre di approvare le modalità di trattamento dei dati personali riportate nell'informativa raggiungibile al seguente link:

https://www.medagliadoro.edu.it/wp-content/uploads/2023/10/INF01-Informativa-alunni-tutori-2023_2024-1_prot.pdf

Con l'apposizione della propria firma, ciascun soggetto dichiara quanto più avanti riportato in relazione al proprio profilo.

MAGGIORENNI

La studentessa/Lo studente _____ frequentante la classe/sez. _____ dell'I.I.S. "Medaglia d'oro – Città di Cassino" dichiara di aver compreso quanto illustrato nell'informativa e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dagli esperti Dott. Andrea Galante, Dott.ssa Giulia Ricci e Dott.ssa Camilla Rivera presso lo "Sportello ascolto".

Data _____

Firma
_____**MINORENNI (è richiesto il consenso di tutti coloro che esercitano la potestà genitoriale)**

Il/I Sottoscritto/i

Cognome e nome _____

Cognome e nome _____

Genitori/Tutore legale dello/a studente/studentessa _____ frequentante la classe/sez. _____ dell'I.I.S. "Medaglia d'oro – Città di Cassino" dichiara/dichiarano di aver compreso quanto illustrato nell'informativa e decide/decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a o il minore tutelato possa accedere alle prestazioni professionali rese dagli esperti Dott. Andrea Galante, Dott.ssa Giulia Ricci e Dott.ssa Camilla Rivera presso lo "Sportello ascolto".

Data _____

Firma
_____Firma
