

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

La sottoscritta dott.ssa Apicella Mariarosaria, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.4389, email: apicellamrosaria@hotmail.it, mariarosaria.apicella@psypec.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola "ISTITUTO TECNICO GIULIO CESARE FALCO", via G.C. Falco-1 81043 Capua (CE), fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali) google meet. Le attività dello sportello di Ascolto saranno così organizzate: (a) tipologia d'intervento: colloqui individuali e intervento su gruppi classe; (b) l'attivazione delle attività dello sportello di ascolto saranno coordinate dalla dott.ssa Mariarosaria Apicella che, oltre agli interventi antimeridiani, provvederà a fissare gli appuntamenti per le consulenze individuali, sulla base delle richieste pervenute, in orari pomeridiani per un massimo di 3-4 incontri a persona; (c) scopi: prevenzione del disagio attraverso il supporto psicologico a studenti e docenti per rispondere a traumi e difficoltà derivanti dall'emergenza covid-19.; (d) durata delle attività 40 ore, di cui il 50% entro il 31/12/2020, come previsto da Protocollo d'Intesa tra il Ministero dell'istruzione e il Consiglio nazionale ordine degli Psicologi. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile online sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psicamp.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. Napoli, 02/12/2020 Il Professionista (firma)

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente 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.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..... 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.presso lo Sportello di ascolto.

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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

