

## **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](mailto:apicellamrosaria@hotmail.it), [mariarosaria.apicella@psypec.it](mailto: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 aula virtuale su piattaforma Google Meet o aula della sede centrale della scuola.

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

- (a) tipologia d'intervento: colloqui individuali e intervento su gruppi classe;
- (b) modalità organizzative: Le 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 ad individuo;
- (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](http://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 GLI INCONTRI INDIVIDUALI CON STUDENTI E/O GENITORI***

***CONTATTI :***

***dott. Psic. MariaRosaria Apicella***

***3314424018***

***[apicellamrosaria@hotmail.it](mailto:apicellamrosaria@hotmail.it)***

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL  
RIQUADRO APPROPRIATO**

da inviare a [apicellamrosaria@hotmail.it](mailto:apicellamrosaria@hotmail.it), assieme alla richiesta di incontro  
individuale

**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

da inviare a [apicellamrosaria@hotmail.it](mailto:apicellamrosaria@hotmail.it), assieme alla richiesta di incontro individuale

**MINORENNI**

La Sig.ra.....madre del  
minorenne..... 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  
minorenne.....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

da inviare a [apicellamrosaria@hotmail.it](mailto:apicellamrosaria@hotmail.it), assieme alla richiesta di incontro individuale

***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/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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore