

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

La sottoscritta dott.ssa Giovanna Ulivi, Psicologa esperta in Neuropsicologia Clinica, iscritta all' Albo dell'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 10327 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto Comprensivo "Pieraccini" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni di Sportello saranno rese ogni Giovedì (dal 5 dicembre) in orario 8.00 -9.30 presso la Sede Centrale dell'Istituto Comprensivo "Pieraccini" previa prenotazione alla mail istituzionale (sportelloascolto@icpieraccini.edu.it) che dovrà pervenire entro il lunedì precedente. La durata dei colloqui di 30 minuti e il numero degli incontri potrà variare in base alle esigenze del caso.

Per genitori e docenti impossibilitati a recarsi in sede è possibile richiedere incontri online . Per concordare un appuntamento contattare il numero 392-6791468 da lunedì a venerdì dalle ore 17.30 alle ore 18.30.

Gli scopi dell'attività di sportello sono molteplici:

- a.) consulenza psicologica rivolta a alunni ,docenti , genitori e personale ATA;
- b.) offrire uno spazio di accoglienza e di ascolto per ragazzi-e, genitori, docenti;
- c.) offrire sostegno emotivo e all'orientamento per i bambini ei ragazzi nei rapporti con i compagni, con i docenti e con i genitori;
- d.) costituire un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- e.) offrire consulenza psicologica finalizzata a sostenere la genitorialità e affrontare le problematiche emergenti.

La tipologia d'intervento della Dott.ssa Ulivi all'interno della scuola potrà essere altresì di osservazione all'interno delle classi, rivolta ai singoli alunni e al gruppo classe e finalizzata a fornire consulenza e supporto a docenti e/o genitori.

La 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.ordinepsicologitoscana.it

+ la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare & strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 14);

+ la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

+ la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

| dati personali e sensibili della persona che si rivolge 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 sottoscrivere.

Dott.ssa Giovanna Ulivi

A handwritten signature in black ink, reading "Ulivi Giovanna". The signature is written in a cursive, flowing style.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

GENITORI/DOCENTI

Il/La sottoscritto/a..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Giovanna Ulivi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La/Il Sig.ra/re genitore del/lla minorenni.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Giovanna Ulivi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del genitore

La/Il Sig.ra/re. genitore del/lla minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Giovanna Ulivi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del genitore

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a...il ___/___/___

Tutore del/lla minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Giovanna Ulivi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore