

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO

La sottoscritta dott.ssa Francesca Ballarin, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 10508, (psicologafrancesca.ballarin@iisluzzatti.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Supporto Psicologico istituito presso l'IIS "L. Luzzatti" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno erogate in modalità on-line previa compilazione modulo Google di registrazione e accesso.

Le attività dello sportello di Supporto Psicologico saranno come di seguito organizzate:

- la prestazione che verrà offerta all'alunna/o è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori; comprende inoltre interventi di ascolto e di gestione di comportamenti problematici che evidenziano difficoltà di inserimento a scuola o il rischio di abbandono/insuccesso, connessi soprattutto all'attuale emergenza da Covid-19. Costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il numero degli incontri con l'alunna/o potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari) ed avranno una durata di 45 minuti;
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- 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;

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 <https://www.ordinepsicologiveneto.it/ita/content/codice-deontologico>.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Supporto Psicologico, 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.

Il Professionista: Dott.ssa Ballarin Francesca

.....

STUDENTI 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 dalla dott.ssa Francesca Ballarin presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma

STUDENTI MINORENNI

La Sig.ra madre del 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Francesca Ballarin presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Francesca Ballarin presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del 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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Francesca Ballarin presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore