



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

Il presente documento è una informativa relativa all'attuazione del Progetto "I WALK THE LINE" realizzato dalla Città Metropolitana di Reggio Calabria, all'interno del quale potrà avvenire il trattamento di dati personali.

Una delle finalità del progetto è quella di promuovere il benessere a scuola, ridurre il disagio, favorire l'orientamento e l'acquisizione di un metodo di studio efficace, migliorare l'autonomia e la motivazione all'apprendimento, affrontare problematiche legate allo sviluppo evolutivo.

Per tali motivi gli studenti potranno accedere allo sportello (attività di sportello di ascolto) previa autorizzazione scritta (consenso informato) da parte della famiglia. Il modulo per l'autorizzazione è allegato alla presente in visione e lettura e va firmato. Il consenso dovrà essere espresso dai genitori per i loro figli.

L'attività svolta dal progetto non è di natura medica o psicoterapeutica ma di ascolto e consulenza per cui il consenso allegato non si configura come consenso per un trattamento medico.

Le prestazioni saranno rese presso lo stesso Istituto.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno svolte da un Professionista Psicologo come di seguito organizzate:

1. il piano di consulenza prestato dal professionista è finalizzato al conseguimento di un migliore benessere psicofisico personale del minore, ed ha validità per l'anno scolastico in corso;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio. Questo avrà durata stimata di 30 minuti e sarà condotto con una specifica frequenza (circa 5-6 incontri);
3. il Professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

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.



Gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11. Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12. Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13. Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal Professionista Psicologo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma



MINORENNI

La Sig.ra madre del
minorenne nata a
.....il ____/____/____ e residente a in via/piazza
.....n..... dichiara di aver compreso quanto illustrato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni
professionali rese dal Professionista Psicologo 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 e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio
consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Professionista
Psicologo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre



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 e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio
consenso affinché il minorenne possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di
ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore