

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

La sottoscritta dott.ssa Giuseppa Crescimone, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 8585 Sez. A, indirizzo mail: psicologacrescimoneg@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola: I.C. "G. Tomasi di Lampedusa" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede centrale in Via Aldo Moro 22, 95030 – Gravina di Catania

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

- (a) Le attività dello sportello di ascolto sono aperte agli alunni, genitori e docenti IC "G. Tomasi di Lampedusa", ai quali non è richiesto alcun tipo di compenso. Lo Sportello intende promuovere attività di prevenzione, informazione, supporto e consulenza agli adolescenti, in una fase importante della loro crescita in cui sono chiamati ad affrontare complessi compiti di sviluppo quali la costruzione dell'identità, la ricerca di indipendenza e autonomia. Spesso di fronte a questi compiti i ragazzi provano un senso di confusione e disorientamento che, se non accompagnato da una adeguata riflessione, talvolta può portare a esperire disagio e difficoltà nel comunicare e condividere le proprie esperienze con i pari e gli adulti. L'attivazione dello Sportello di ascolto ha lo scopo di orientare e supportare i ragazzi fornendo loro strumenti di crescita personale per vivere serenamente questo periodo della loro crescita. Tali scopi saranno perseguiti attraverso colloqui con il singolo e mediante attività di educazione socio-affettiva rivolte all'intero gruppo classe.
- (b) Si ricorda che tale servizio è rivolto a docenti, genitori ed alunni. L'accesso a questi ultimi è legato al consenso di entrambi genitori.
- (c) Sarà possibile accedere allo sportello attraverso prenotazione da effettuare tramite l'invio di una mail al seguente indirizzo di posta elettronica: psicologacrescimoneg@gmail.com
- (d) I minori dovranno essere muniti di autorizzazione da parte di entrambi i genitori attraverso la lettura e sottoscrizione del modulo qui allegato.
- (e) Le attività dello Sportello saranno condotte con cadenza settimanale nei mesi Febbraio/ Giugno 2023. Lo Sportello non è pensato come luogo di trattamento di patologie, ma ha un carattere di consulenza e di individuazione di stati di disagio. Si potrà accedere per un massimo di 4 colloqui. Qualora fosse necessario sarà cura della professionista orientare i genitori verso le risorse e i servizi specifici e specialistici in materia presenti sul Territorio.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.oprs.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.

Il Professionista (firma)

Dott.ssa Giuseppa Crescimone

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
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
dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
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
dal... dott.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 minorenn.....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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

NOTA AGGIUNTIVA PER I GENITORI UNICI

Il/La sottoscritto/a.....genitore unico
dell'alunno/a..... iscritto/a alla classe..... sez..... autorizza la
fruizione dello sportello di ascolto **anche a nome dell'altro genitore, che è stato da me informato ed è concorde,** ma
attualmente impossibilitato alla firma dell'autorizzazione.

Data Firma del Genitore.....