

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO C.I.C. (CENTRO INFORMAZIONE E CONSULENZA)

Progetto “Scuola: informare, accogliere e motivare” - DDP Area Vasta n.2 (Ancona)

La sottoscritta Dott.ssa Maddalena Boscaro, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi e delle Psicologhe delle Marche nr. 2196, mail: sportello.ascolto@cupparisalvati.edu.it e la Dott.ssa Chiara Pierandrei, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi e delle Psicologhe delle Marche, prima di rendere le prestazioni professionali relative agli interventi in classe proposti presso l’I.I.S. “**P. Cuppari – S. Salvati**”, **Via Ugo La Malfa, n. 36 Jesi** forniscono le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l’aula all’interno dell’istituto stesso e/o (sulla base delle norme anti-covid e dell’andamento della pandemia) nella modalità online tramite la piattaforma dell’Istituto scolastico
- Le attività saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: uno o più incontri di prevenzione in classe (in presenza e/o online)
 - b) scopi: potenziare le life skills (competenze per la vita) personali per aumentare il grado di benessere degli alunni e/o aiutare gli studenti a gestire meglio eventuali problematiche rilevate
 - c) durata delle attività: 2 ore
- I dati personali e sensibili degli studenti risultano strettamente coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- I contenuti di ogni incontro e di ogni attività svolta in classe saranno strettamente coperti dal segreto professionale.
- *I professionisti, tuttavia, potranno condividere alcune informazioni, come da accordi intercorsi, con l’istituzione scolastica (dirigente, personale docente), se opportuno, doveroso e/o necessario e se la situazione lo richiede, al fine di supportare e aiutare gli studenti, nei limiti di quanto strettamente indispensabile, allo svolgimento del servizio, nell’ottica della massima tutela psicologica della/e persona/e interessata/e. Se dovessero sorgere dei problemi, richieste e/o bisogni all’interno del gruppo classe sui quali fosse importante intervenire dal punto di vista preventivo ed educativo, le psicologhe psicoterapeute, nel rispetto e nei limiti degli obblighi normativi e deontologici, forniranno alla scuola opportune indicazioni per promuovere il benessere degli studenti e/o prevedere e attivare in seguito ulteriori possibili iniziative di prevenzione e intervento in classe.*

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali delle dott.sse Maddalena Boscaro e Chiara Pierandrei rese in presenza e/o a distanza (piattaforma online) , inerenti alla propria partecipazione a uno o più interventi di prevenzione in classe.

Luogo e data _____

Firma _____

E' RICHIESTA LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI**MINORENNI**

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali delle dott.sse Maddalena Boscaro e Chiara Pierandrei rese in presenza e/o a distanza (piattaforma online) e quindi di **FORNIRE IL PROPRIO CONSENSO E AUTORIZZARE** il/la proprio/a figlio/a minorenni a partecipare a uno o più interventi di prevenzione in classe.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali delle dott.sse Maddalena Boscaro e Chiara Pierandrei, rese in presenza e/o a distanza (piattaforma online) e quindi di **FORNIRE IL PROPRIO CONSENSO E AUTORIZZARE** il/la proprio/a figlio/a minorenni a partecipare a uno o più interventi di prevenzione in classe.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/____
Tutore del minore _____ in ragione di
_____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali delle dott.sse Maddalena Boscaro e Chiara Pierandrei, rese in presenza e/o a distanza (piattaforma online) e quindi di **FORNIRE IL PROPRIO CONSENSO E AUTORIZZARE** il/la minore a partecipare a uno o più interventi di prevenzione in classe.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

FIRMA DELLE PROFESSIONISTE