

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

La sottoscritta Dott.ssa **Francesca Falavigna**, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 7953 A. con numero di telefono: **353 4169644**, indirizzo mail : falavignafrancesca@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Superiore "A. Manzoni" di Suzzara (Mn) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese, in base alle norme sanitarie vigenti:

- in presenza presso l'Istituto scolastico "A. Manzoni" di Suzzara (Mn)
oppure
- in modalità telematica, attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento G-MEET o SKYPE, con le seguenti modalità. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) La prestazione che verrà offerta al minore 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 e 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.
 - b) La famiglia, o l'alunno prenderanno accordi direttamente con la psicologa, contattandola ai recapiti forniti dalla scuola, per fissare le date degli incontri.
 - c) Ai ragazzi verranno garantiti da un minimo di 1 ad un massimo di 5/6 incontri (salvo casi particolari) della durata di 45 minuti.
- I colloqui a distanza (attraverso piattaforme telematiche) non dovranno essere audio-video registrati. Durante i colloqui non dovranno essere presenti terzi non visibili nella stanza della psicologa e dell'utenza.
- 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 www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La Professionista

Francesca Falavigna

MINORENNI

I genitori /tutori di _____ frequentante la classe _____
dichiarano 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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa **Francesca
Falavigna** presso lo Sportello di ascolto in presenza od in modalità a distanza mediante interventi di E-Health
di carattere psicologico.

Firme

Genitore/tutore 1 _____

n° di un documento di identità in corso di validità _____

Genitore/tutore 2 _____

n° di un documento di identità in corso di validità _____

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno
scolastico in corso