

OGGETTO: consenso informato incontri con lo psicologo referente dello sportello d'ascolto psicologico

Il Liceo Guacci ha avviato le attività di sportello psicologico a partire dal 7 dicembre 2022. L'esperto referente del servizio è il Dott. Masucci Armando, psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Campania.

Il servizio può prevedere, oltre agli *incontri individuali* con gli allievi, i docenti e le famiglie, anche *incontri di gruppo*, nella classe e in orario curricolare, volti all'informazione, sensibilizzazione, prevenzione, confronto, supporto, in questo momento storico delicato, destinati a tutti i membri del sistema scolastico, volti alla promozione del benessere psicologico a scuola.

Si precisa che **le attività di sportello d'ascolto non sono finalizzate alla diagnosi, e terapia individuale, né orientate a valutare le metodologie e i contenuti didattici dei docenti.**

Durante gli incontri è assolutamente vietato registrare in video, in audio, fotografare da parte sia dell'esperto che dell'allievo/genitore/docente

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.psicamp.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. Ove emergessero delle aree-problema su cui fosse importante intervenire, lo psicologo fornirà alla Scuola opportune indicazioni per promuovere in seguito nuove iniziative di prevenzione- intervento.

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

PER LE SOTTOSCRIZIONI SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

INVIARE IL MODULO SOTTOSCRITTO TRAMITE ACCOUNT ISTITUZIONALE ALLA MAIL DEL DOTT. MASUCCI ARMANDO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studentenato a il.....,
e residente a
in via/piazza

Carta d'identità nr.....

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 Annalisa Barone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

Il/la sottoscritti/o/a genitore
nato/a il, e
residente a
in via/piazza

Carta d'identità nr.....

Il/la sottoscritti/o/a genitore
nato a il, e
residente a
in via/piazza

Carta d'identità nr.....

Esercenti/e la patria potestà sull'alunno/a.....della classe.....sez.,
Indirizzo di
studio.....

Dichiara/dichiarano 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 Annalisa Barone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma/e genitore/i

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori
(firma unica in casa di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà/affidatario/tutore)

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o a il

.....

Tutore del minorein ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante,

data numero)

residente a

in via/piazzan.

Carta d'identità nr.....

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 Annalisa Barone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore
