

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

### PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO (Classi 1<sup>e</sup> e 2<sup>e</sup>)

La sottoscritta

Dott.ssa Francesca Iaquaniello

Iscrizione Ordine degli Psicologi della Regione Marche n. 1547

Email: [francescaiaquaniello@yahoo.it](mailto:francescaiaquaniello@yahoo.it)

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Marco Polo" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la Scuola Secondaria di I grado "M. Polo", oppure da remoto, in base all'evoluzione dell'emergenza sanitaria in atto.

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

- Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico derivanti dall'emergenza Covid-19.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

- Modalità organizzative

Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi della scuola Secondaria di 1° Grado, a tutto il personale scolastico e ai genitori dell'IC "Polo". Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione dello stesso secondo una delle seguenti modalità:

1. cassetta postale per le richieste degli studenti della Scuola Secondaria di 1° grado, appesa fuori dall'aula n. 30;
2. richiesta del personale scolastico e delle famiglie tramite mail all'indirizzo mail: [francescaiaquaniello@yahoo.it](mailto:francescaiaquaniello@yahoo.it)

- Limiti

Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori.

In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

- Durata delle attività:

Lo sportello psicologico sarà attivo dal mese di **febbraio 2022 al mese di giugno 2022**.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, 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.

**In qualità di genitori del/della minore .....**  
**che frequenta la classe.....**

La Sig.ra .....  
nata a ..... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a.....  
in via/piazza.....n.....

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 dalla Dott.ssa Francesca Iaquaniello presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Sig.....  
nato a ..... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a.....  
in via/piazza.....n.....

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 dalla Dott.ssa Francesca Iaquaniello presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MINORI SOTTO TUTELA**

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

Tutore del minore..... che frequenta la classe .....  
in ragione di  
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....  
residente a.....  
in via/piazza.....n.....

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 Francesca Iaquaniello presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_