**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO**

**LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa Porfido Maria Carmela, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Puglia n. 3760 (email: psicologa@iisspietrosette.edu.it), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola “IISS Pietro Sette” di Santeramo in colle (BA), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l’”IISS Pietro Sette” in via Fratelli Kennedy. Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a)**TIPOLOGIA D'INTERVENTO**:l’intervento della dottoressa potrà riguardare colloqui di supporto psicologico individuale con gli alunni, colloqui di supporto psicologico individuale con i genitori degli alunni, osservazione delle dinamiche comportamentali e relazionali di gruppo, incontri tematici di gruppo.

(b) **MODALITÀ ORGANIZZATIVE**:

- **COLLOQUIO PSICOLOGICO PER ALUNNO MINORENNE**: l’alunno può richiedere un colloquio di supporto psicologico prenotandosi all’indirizzo di posta elettronica psicologa@iisspietrosette.edu.it, allegando alla mail il presente modulo di consenso compilato e firmato da entrambi i genitori (in assenza del modulo di consenso informato, firmato da entrambi i genitori, non sarà possibile parlare con la dottoressa). La dottoressa Porfido invierà la risposta con il giorno e l’ora dell’appuntamento.

- **COLLOQUIO PSICOLOGICO PER ALUNNO MAGGIORENNE O PER I GENITORI**: l’alunno o il genitore possono prenotare l’incontro con la dottoressa all’indirizzo di posta elettronica psicologa@iisspietrosette.edu.it allegando il presente modulo di consenso informato compilato e firmato. La dottoressa Porfido invierà la risposta con il giorno e l’ora dell’appuntamento.

**- OSSERVAZIONE NELLE CLASSI**: l’osservazione nelle classi avverrà su sezioni individuate, il docente si accorderà con la dottoressa che entrerà in classe in orari e giorni stabiliti e non interagirà con gli alunni.

- **INCONTRI TEMATICI NELLE CLASSI O COLLETTIVI**: gli incontri tematici con gli alunni, su argomenti prestabiliti dalla dottoressa, avverranno o all’interno delle singole classi o con più gruppi di alunni oppure online a seconda delle necessità.

 (c) **SCOPI**: gli incontri individuali con gli alunni e genitori mirano al supporto psicologico e pertanto nessun intervento si configurerà come una terapia psicologica. Gli incontri di osservazione in classe mirano a comprendere le dinamiche relazionali, emotive e comportamentali che si esplicano in classe al fine di individuare , con i docenti, i fattori che le condizionano ed i possibili interventi che ne agevolano la modificazione.

(d) **LIMITI:** per i colloqui di supporto con gli alunni sono previsti un massimo di 3 incontri per alunno salvo casi eccezionali in cui si potrà prolungare fino a 5 incontri (in totale) a discrezione della dottoressa.

(e) **DURATA DELLE ATTIVITÀ**: anno scolastico 2020/2021.

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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.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 …………………………………………..…………………………………….**

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente ………………………………………………… 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 Maria Carmela Porfido presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

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 Maria Carmela Porfidopresso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

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 Maria Carmela Porfido presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***GENITORE***

Il sottoscritto genitore (madre)……………………………………………………(padre)……………………………..…………………………… dell’alunno/a…………………………………………………………….., frequentante la codesta scuola, 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 Maria Carmela Porfido presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***PERSONE SOTTO TUTELA***

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

Tutore del minorenne...............................................................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 minorepossa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore