**PROGETTO SPORTELLO PSICOLOGICO A.S. 2020/2021**

**CONSENSO INFORMATO**

La sottoscritta dott.ssa Roberta Tomasi, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 4911, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico istituito presso il Liceo “Archita” di Taranto, fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello Sportello di Ascolto Psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, come da Protocollo d’Intesa tra il MIUR e il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, Psicologi del 26/10/2020 https://www.pugliausr.gov.it/index.php/protocolli-e-convenzioni/20172-32150-2020 e nota dello 02/11/2020 in relazione all’emergenza COVID19, saranno come di seguito finalizzate:

* fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie attraverso colloqui per rispondere ai traumi e ai disagi derivati dall’emergenza COVID-19 e prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico ;
* aiutare ad affrontare lo stato di solitudine generato dall’isolamento sociale e dalla restrizione di spazi di incontro e socializzazione e migliorare il benessere psicologico;
* fornire ai docenti strumenti e strategie per gestire percorsi di educazione alla salute psicofisica.
* promuovere iniziative e conoscenze sui temi della comunicazione efficace, delle dinamiche dei gruppi, delle competenze trasversali, dei fenomeni di devianza sociale e/o su tematiche da concordare
* consulenza per i docenti e personale scolastico e/o interventi specifici in classe (previa autorizzazione dei genitori), quali circle time, brainstorming, osservazione dinamiche relazionali gruppo classe, role play.

Le prestazioni verranno rese, a seconda delle diposizioni normative vigenti, oltre che presso la sede dell’Istituto, nel rispetto del protocollo COVID e al termine dello stato di emergenza, anche attraverso la piattaforme online Google Meet e lo strumento tecnologico utilizzato sarà la videocall su pc o tablet o smartphone.

Si precisa che la consulenza psicologica fornita, anche online, ha carattere consulenziale/informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico come da Protocollo sopra citato.

Le consulenze anche a distanza devono avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. I colloqui non verranno né dovranno essere registrati né in audio né in video. La dott.ssa Tomasi non è, comunque, responsabile in alcun modo dell’uso fraudolento ed illecito della piattaforma e dei relativi servizi che possa esser fatto da parte di terzi.

Lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo https://www.psicologipuglia.it che, tra l’altro, impone l’obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell’utente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge. Il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all’indirizzo mail** [**sportellopsicologico@archita.edu.it**](mailto:sportellopsicologico@archita.edu.it) **allegando copia/e documenti di identità (in un unico file).**

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

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente/ Il Sig./La Sig.ra…………………………………..…….…………………

identificato/a mediante documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe (per gli studenti) ………………….dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Roberta Tomasi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

…………………………………………… .…………………………………..………….

***MINORENNI***

La Sig.ra……………..........................................................................................identificata mediante documento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

madre del/della minorenne …………………………………………………….

classe………………dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Roberta Tomasi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

…………………………………………… .………………………………………………………..………….

Il Sig.……………..........................................................................................identificato mediante documento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

padre del/della minorenne …………………………………………………….

classe………………dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Roberta Tomasi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

…………………………………………… .………………………………………………………..………….

(\*) Devono firmare entrambi i entrambi genitori anche se separati/divorziati. Qualora l’autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intenderà che l’autorizzazione sia stata condivisa dai genitori.

*Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:*

**Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Firma del genitore

…………………………………………….

|  |
| --- |
| ***PERSONE SOTTO TUTELA***    Il Sig./La Sig.ra……………………………………………………………………………..……….…………………  identificato/a mediante documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tutore del/della minorenne ……………………………………………………….classe……..…………  in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla 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 Roberta Tomasi presso lo Sportello di ascolto.  Luogo e data Firma    …………………………………………… .…………………………………..…………. |