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

La sottoscritta dott.ssa **SILVIA SCALA**, *PhD* Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Veneto n. 8342, (psicologa@cpiaverona.edu.it)prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Centro Provinciale per l’Istruzione degli Adulti (CPIA) di Verona fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come consulenza individuale agli studenti e ai genitori degli stessi, consulenza e formazione ai docenti, osservazione e intervento sul gruppo. In base alla domanda posta dall’utenza verranno pianificate le diverse fasi dell’intervento. I colloqui di consulenza saranno espletati di persona previo appuntamento c/o la sede centrale in Viale Caduti del lavoro n.3 – 37124 Verona, oppure in modalità remota con l’utilizzo di sistemi con crittografia end to end, es “Google meet”; tali consulenze a distanza dovranno avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati; per entrambe le modalità è esclusa la registrazione della conversazione.

Il servizio si configura come un percorso teso a:

-rispondere a disagi e traumi psicologici derivanti dall’emergenza Covid-19 e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e malessere psicofisico;

-individuare le problematiche psicologiche irrisolte negli studenti e problematiche relazionali inerenti al rapporto tra le diverse figure oggetto del servizio;

-migliorare le capacità di comprendere sé stessi, gli altri e di comportarsi in maniera consapevole.

La prestazione consiste in un sostegno e una consulenza psicologica, finalizzata a recuperare il benessere psicologico dell’individuo e non avrà finalità né diagnostica, né psicoterapeutica. Il servizio sarà erogato dal 15 Dicembre 2020 fino al 30 Giugno 2021.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni all’interno dell’Istituzione Scolastica, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani ed assume il ruolo e la funzione di Pubblico Ufficiale. In qualità di P.U. lo psicologo ha l’obbligo di referto/denuncia nelle ipotesi di reato a procedibilità d’ufficio mentre negli altri casi valuta la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o terzi.

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.

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

***MAGGIORENNI***

Il Dirigente/docente/Genitore/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 SILVIA SCALA, 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 SCALA SILVIA presso 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 SCALA SILVIA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott. ssa SCALA SILVIA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore