



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Liceo Scientifico Statale "G. KEPLERO"

Cod. Mecc. RMPS19000T - C.F. 80230950588 - Distr. 23° - Sede centrale: Via Silvestro Gherardi, 87/89 - 00146 Roma
Via Avicenna, snc - 00146 Roma - Tel. 06121123925 - Succursale: Via delle Vigne, 156 - 00148 Roma – Tel. 06121126685
Sito web: www.liceokepleroroma.edu.it - E-mail: rmps19000t@istruzione.it - succursale@liceokepleroroma.edu.it

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Maria Scribano, Psicologa - iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 6895, email dottressascribano@liceokepleroroma.edu.it - prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. KEPLERO" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese in duplice modalità: in presenza presso la Sede centrale e presso la Sede succursale e a distanza (esclusivamente per docenti e per i genitori su richiesta) attraverso la piattaforma Google Meet.

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

(a) tipologia d'intervento: l'intervento si basa su attività di ascolto e supporto psicologico, attraverso la tecnica del colloquio. E' rivolto a tutti i protagonisti del contesto scolastico, con un focus centrato e rivolto agli studenti e a disposizione del personale scolastico e dei genitori;

(b) modalità organizzative: l'accesso allo sportello avverrà su richiesta e potrà avvenire previo appuntamento concordato via email con il professionista. I colloqui con gli studenti avverranno in orario scolastico e avranno la durata di 45 minuti, si svolgeranno nel rispetto della privacy degli studenti e dei genitori che vorranno usufruire di questo spazio d'ascolto e i contenuti saranno coperti da segreto professionale;

(c) scopi: come da Bando: creare una rete di lavoro con gli insegnanti della scuola per agevolare la gestione delle situazioni problematiche onde evitare il disagio e la dispersione scolastica; migliorare le capacità comunicative e relazionali nell'espressione dei bisogni ed emozioni nel gruppo dei pari e con gli adulti; favorire e promuovere azioni facilitanti e la risoluzione dei conflitti relazionali all'interno del gruppo classe; fornire uno spazio informativo e formativo in risposta all'emersione di nuovi bisogni scolastici e familiari.

(d) limiti: l'attività dello sportello di ascolto non ha finalità terapeutiche e non costituisce attività psicoterapeutica;

(e) durata delle attività: la durata dell'intervento sul singolo dipenderà dai bisogni emersi e dalle attività di supporto necessarie. Lo sportello psicologico sarà attivo fino alla fine dell'anno scolastico in corso;

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.

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



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Liceo Scientifico Statale "G. KEPLERO"

Cod. Mecc. RMPS19000T - C.F. 80230950588 - Distr. 23° - Sede centrale: Via Silvestro Gherardi, 87/89 - 00146 Roma
Via Avicenna, snc - 00146 Roma - Tel. 06121123925 - Succursale: Via delle Vigne, 156 - 00148 Roma – Tel. 06121126685
Sito web: www.liceokepleroroma.edu.it - E-mail: rmps19000t@istruzione.it - succursale@liceokepleroroma.edu.it

Italiani. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma).....

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a
in via/piazzan.....
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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore