

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

Il sottoscritto dott. ROBERTO BONDAVALLI Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 3211, (sevizio.counseling1@gmail.com – 329/2268660) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso LICEO CLASSICO-LINGUISTICO "VIRGILIO" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso locali dell'Istituto Scolastico, e/o con modalità a distanza

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

(a) tipologia d'intervento: Ascolto, Consulenza, Sostegno, Orientamento, nell'area della Psicologia Scolastica;

(b) modalità organizzative: tutti i mercoledì pomeriggio a partire dal mese di dicembre, previo appuntamento

(c) scopi: Lo Sportello di Ascolto nasce con il DPR del 9/10/1990 n.309, originariamente denominato C.I.C., si pone come uno spazio di accoglienza e ascolto rispetto alle diverse problematiche inerenti alla crescita, con lo scopo ultimo di sostenere, promuovere il benessere e prevenire situazioni di disagio. Lo psicologo presente in Istituto è infatti a disposizione degli studenti, degli insegnanti e dei genitori che desiderino un confronto con un esperto di relazioni e comunicazione tenuto al segreto professionale.

(d) limiti Il colloquio che si svolge all'interno dello Sportello d'Ascolto non ha fini terapeutici ma di counseling. Il counseling scolastico ha obiettivi limitati e cerca di produrre cambiamenti nei modi di vedere più che di essere, modificando le rappresentazioni che le persone hanno dei propri problemi (A. Maggiolini, 2002). Lo psicologo, dunque non fa diagnosi e non cura, ma aiuta a individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con gli insegnanti in un'area psicopedagogica di intervento (ibidem).

(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 degli Psicologi della Lombardia al seguente indirizzo www.opl.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 della consulenza, 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 (firma)

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente, frequentante la classe dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ROBERTO BONDAVALLI presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene....., frequentante la classe

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. ROBERTO BONDAVALLI presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorene..... frequentante la classe

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. ROBERTO BONDAVALLI 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 minore.....

frequentante la classe

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. ROBERTO BONDAVALLI presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore