INTESTAZIONE SCUOLA

***CONSENSO INFORMATO SPORTELLO SCOLASTICO D’ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA***

***Ai sensi dell’art. 31 del “Codice Deontologico degli Psicologi italiani”***

**A CURA DEI GENITORI/TUTORI LEGALI** - DA COMPILARE IN STAMPATELLO - **\*campi obbligatori**

**\*NOME e COGNOME della MADRE/TUTORE 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Nata a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\***Telefono o cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E \*NOME e COGNOME del PADRE/TUTORE 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*residente in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*via:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Telefono cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*in qualità di: ☐ Genitori ☐ Tutori legali**

**DI \* NOME e COGNOME (del minore): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ M ☐ F

\*nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* il (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*residente in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*via:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

 e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Telefono cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ grado (specificare se primaria o secondaria):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*☐**Sono informato/a** (unico genitore/tutore legale) oppure ☐ **Siamo informati** (entrambi genitori/tutori legali)

che il servizio sarà così organizzato:

* **tipologia d'intervento**: consulenza, ascolto, sostegno, informazione e orientamento;
* **scopi**: promuovere il benessere, prevenire e contrastare il disagio affettivo e relazionale, offrire supporto, consulenza e orientamento per necessità legate alla gestione dell’emergenza sanitaria e/o delle disposizioni di distanziamento sociale; raccogliere segnalazioni in merito a bisogni specifici;
* **modalità organizzative in presenza\***: il servizio è curato dalla dott.ssa Ilaria Saponaro e per fare richiesta è necessario prendere un appuntamento inviando una mail a ilaria.saponaro@gmail.com o contattandola al numero 34708989559.

È possibile che partecipi ai colloqui un/a tirocinante psicologo post-lauream in qualità di osservatore, tenuto anch'egli al segreto professionale.

\*Qualora la situazione sanitaria lo rendesse necessario sarà possibile svolgere l’attività anche in modalità a distanza tramite l’utilizzo di piattaforme per le videochiamate (skype, zoom o whatsapp)

* **limiti:** la prestazione offerta non è una psicoterapia, ma una consulenza psicologica, finalizzata alla valutazione e all’intervento per potenziare il benessere psicologico;
* **durata delle attività:** la frequenza dei colloqui sarà valutata in base alla problematica riscontrata ed alla disponibilità personale e nel corso del suo svolgimento sarà  possibile adeguarla ai cambiamenti sia individuali sia della situazione sanitaria complessiva;

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**](https://www.cies.it/modulo-di-iscrizione-allo-sportello-scolastico-di-consulenza-psicologica/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.

**Avendo acquisito sufficienti informazioni sulle modalità con cui verrà erogato il servizio:**

 \*☐ PRESTO/PRESTIAMO IL CONSENSO ☐ NEGO/NEGHIAMO IL CONSENSO

**A svolgere dei colloqui con la psicologa dell’associazione Psy+ ETS, dott.ssa Ilaria Saponaro – psicologa psicoterapeuta iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19249 (contattabile al numero 3470898559 o alla mail** **ilaria.saponaro@gmail.com****) - (consenso necessario ai fini della partecipazione).**

**LUOGO e DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA GENITORE 1**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA GENITORE 2**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_