

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PER LE ATTIVITÀ ONLINE E/O PRESSO L'ISTITUTO "Luigi Di Maggio" PREVISTE PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Il sottoscritto dott. Matteo Falcone, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.T. "Luigi Di Maggio" di San Giovanni Rotondo FG, fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello sportello di Ascolto e sostegno psicologico, come da Protocollo d'Intesa tra il MIUR e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi del 26/10/2020 <https://www.pugliausr.gov.it/index.php/protocolli-e-convenzioni/20172-32150-2020> e nota del 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.
- 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, nel rispetto del protocollo COVID, a seconda delle disposizioni normative vigenti, presso la sede dell'Istituto e, qualora fosse necessario, anche attraverso la piattaforma online Cisco Webex e lo strumento tecnologico utilizzato sarà la videocall su Pc o tablet o smartphone.

La consulenza psicologica, anche online, non comprende pratiche di attività psicodiagnostica e psicoterapeutica, in conformità coi principi espressi nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. La consulenza fornita 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. Il Dott. Falcone 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.

In qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro a distanza finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.

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 del paziente 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.

Non è definibile a priori la durata complessiva dell'intervento.

Il dott. Matteo Falcone può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP si informa che la prestazione verrà svolta in presenza e/o attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza, predisposto dall'Istituto, consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.

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), consultabile sul sito della Scuola, il cui titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, consegnandolo firmato al dott. Matteo Falcone e allegando copia/e documenti di identità.

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 dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Matteo Falcone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra identificata mediante documento:
_____ n° _____

madre del/della minorenni.....

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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Matteo Falcone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. identificato mediante documento:
_____ n° _____

padre del/della minorenni.....

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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Matteo Falcone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

identificato/a mediante documento: _____ n° _____

nata/o a..... il ____/____/____

Tutore del/della minorenn..... classe.....in ragione di
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

in via/piazzan.....

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 dal dott. Matteo Falcone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore