

Per ETS L'Ombelico
Dott.ssa Maria Cecilia Corradini
Psicologa Psicoterapeuta

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO *SPORTELLO DI ASCOLTO*
***PSICOLOGICO* DELL'I.S.I.S. LEONARDO DA VINCI DI COLOGNO M.SE (A.S. 2022/2023)**

La sottoscritta dott.ssa Maria Cecilia Corradini, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia (n. 03-4467) dell'Associazione L'Ombelico ETS, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto di Istruzione Superiore Leonardo da Vinci di Cologno Monzese fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso il locale adibito allo scopo all'interno dell'Istituto rispettando le norme sanitarie vigenti. In caso di sospensione dell'attività didattica in presenza a causa dell'emergenza sanitaria Covid19 l'attività dello sportello d'ascolto potrà essere eseguita in modalità on line, sulla piattaforma Meet, previa valutazione da parte del professionista in accordo con la scuola e l'utente del servizio. In casi di impossibilità ad utilizzare tale piattaforma, si valuteranno delle alternative. I colloqui in nessun modo verranno video o audio registrati.

Le attività dello Sportello di ascolto saranno come di seguito organizzate:

- tipologia d'intervento: consulenza breve;
- modalità organizzative: l'attività in presenza si svolge il lunedì mattina. Mai nel momento in cui lo studente ha verifiche o interrogazioni didattiche;
- scopi: prevenzione del disagio adolescenziale, orientamento;
- durata delle attività: da concordare con lo studente/studentessa.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

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. Tuttavia, qualora nel corso degli incontri dovessero emergere problematiche che necessitino di un maggior approfondimento, lo psicologo si preoccuperà di fornire alla famiglia e alla scuola opportune indicazioni per eventuali percorsi di proseguimento del lavoro all'interno di adeguate strutture sanitarie territoriali.

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

La Psicologa
Maria Cecilia Corradini

Maria Cecilia Corradini

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Lo studente/La studentessa, nato/a a il della classe dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi, durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Corradini Cecilia presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del/della minorenni..... nato/a a il ___/___/___ della classe 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, qualora ne senta la necessità durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Corradini Cecilia presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del/della minorenni..... nato/a a il ___/___/___ della classe 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, qualora ne senta la necessità durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Corradini Cecilia presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o a il ___/___/___, Tutore del minorenni..... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) della classe 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, qualora ne senta la necessità durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Corradini Cecilia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore