

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO - MINORI

L'IIS Copernico Luxemburg offre l'opportunità ai propri studenti, ai loro familiari, ai docenti e al personale Ata di poter usufruire gratuitamente del servizio di consulenza e supporto psicologico presso lo Sportello di Ascolto all'interno dei locali dell'Istituto.

Lo sportello rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, per accogliere, prevenire e affrontare forme di disagio psicologico, al fine di favorire e promuovere il benessere individuale e lavorativo.

L'attività dello sportello di Ascolto sarà organizzata secondo tali modalità:

- a) Tipologia d'intervento: colloquio della durata di 45 minuti.
- b) Modalità organizzative: prenotazione online. Ogni studente potrà usufruire al massimo di 5 colloqui gratuiti. I docenti, familiari e il personale Ata al massimo di 3, secondo disponibilità e necessità
- c) Finalità: accogliere, supportare forme di disagio psicologico in un'ottica preventiva e di promozione del benessere individuale e lavorativo.
- d) Durata delle attività: da mercoledì 31 gennaio 2024 a mercoledì 5 giugno 2024.
- e) Limiti: Per l'accesso al servizio è **condizione necessaria** la compilazione del modulo per il consenso informato. **Per i minorenni** è necessaria la firma di entrambi i genitori o dei tutori (art.31 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani). In qualsiasi momento i fruitori del servizio potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

L'attività di Sportello sarà effettuata dalla Dott.ssa Paola Amasio, psicologa, psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte, n. 5104. La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

La	Sig.ra	_____	madre/tutore	del	minore
_____					
nata a _____ il ___/___/_____					
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____					
dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista nel testo qui sopra riportato, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e decide in piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola AMASIO presso lo Sportello di ascolto psicologico.					
Luogo e data _____ Firma della madre _____					
Il Sig. _____ padre/tutore del minore _____					
nato a _____ il ___/___/_____					
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____					
dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista nel testo qui sopra riportato, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e decide in piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola AMASIO presso lo Sportello di ascolto psicologico.					
Luogo e data _____ Firma del padre _____					