

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

La sottoscritta Dott.ssa GRETA MARIA SINICO, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 8501, cell. 340-2838162; e-mail: greta.sinico@gmail.com e/o gretamaria.sinico@iccomacchio.edu.it ; PEC: greta.maria.sinico@pecpsyveneto.it

(inserire recapiti di contatto: recapito telefonico | indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria | Posta Elettronica Certificata | ogni altra informazione utile) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico I.C. COMACCHIO fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso I.C. COMACCHIO Via Fattibello n.4, COMACCHIO (FE) *(indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali qualora l'attività sia svolta in presenza)*
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento GOOGLE MEET *(inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro)* con le seguenti modalità: i colloqui online saranno svolti presso lo studio personale della Dott.ssa Greta Maria Sinico per garantire la privacy che potrà, se ritiene necessario, prendere alcuni appunti carta matita *(informazioni relative alla sicurezza e riservatezza del setting, possibilità o meno di registrare le sedute etc., evidenziando anche specificamente i rischi che eventualmente si potrebbero correre per la mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del professionista)*. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloqui individuali e/o della coppia genitoriale; colloqui per il personale docente. Lo strumento principale sarà quello del colloquio clinico.
 - b) modalità organizzative: l'accesso allo sportello potrà avvenire previa consegna dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali per l'attività in questione; l'accesso sarà per appuntamento concordato direttamente con la professionista e saranno fissati nelle date calendarizzate dedicate al progetto e condivise con le parti coinvolte. Infine, i colloqui potranno essere svolti in modalità online o in presenza secondo il sopra citato calendario. Per l'accoglienza delle persone allo sportello in presenza è richiesto l'utilizzo di un'aula dedicata in cui sia possibile garantire riservatezza agli utenti e posto in un luogo tranquillo e facilmente accessibile.

- c) Scopi: gli scopi principali sono la promozione del benessere e la prevenzione del disagio emotivo in cui la pandemia di Covid-19 sta giocando un ruolo importante.
- d) Limiti: i possibili limiti sono nella strutturazione oraria messa a disposizione e/o nella modalità mista (online/presenza)
- e) durata delle attività: la durata del progetto sarà di massimo 40h suddivise tra febbraio e maggio.
- La/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.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La/Il Professionista (firma).....*Giulia Maria Siliaco*

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____

Firma _____