**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO**

**SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

La sottoscritta Dott.ssa Melania Campioni, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’ Umbria n. 1254 -Albo A-, (e-mail [supportopsicologico@ddzolapredosa.edu.it](mailto:supportopsicologico@ddzolapredosa.edu.it));

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso La Direzione Didattica di Zola Predosa fornisce le seguenti informazioni.

* Le prestazioni intendono garantire assistenza e supporto psicologico al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, in particolare per far fronte alle conseguenze derivanti dall’emergenza epidemiologica. Le prestazioni si prefiggono inoltre di garantire supporto e consulenza al personale scolastico nei casi di stress lavorativo, difficoltà psicologiche e relazionali, e di prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico. Le attività dello sportello d’ascolto intendono fornire supporto anche agli studenti e alle famiglie nei casi di disagio sociale, difficoltà relazionali e psicologiche, con particolare attenzione alle necessità e ai bisogni delle famiglie Ucraine e dei loro bambini per favorirne l’integrazione all’interno del gruppo classe.
* Le attività saranno rese in presenza, previo appuntamento, e potranno essere svolte anche 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”,* garantendo sempresicurezza e riservatezza del setting*.* La 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 dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
* La psicologa sarà presente presso la sede della Direzione Didattica di Zola Predosa nei giorni **martedì** dalle **12,30 alle 14,30** e **venerdì** dalle **9,00 alle 13,00**.
* La durata del colloquio sarà di **50 minuti**.
* La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.ordinepsicologier.it/public/genpags/bigs/CodiceDeontologicoVersioneAggiornata.pdf) reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)
* I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, sono 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 Psicologa**

**Dott.ssa Melania Campioni**

***MAGGIORENNI***

IL personale ATA/ 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 dalla dott.ssa------ presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di supporto psicologico in presenza e/o a distanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO**

**SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

La sottoscritta Dott.ssa Melania Campioni, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’ Umbria n. 1254 -Albo A-, (e-mail [supportopsicologico@ddzolapredosa.edu.it](mailto:supportopsicologico@ddzolapredosa.edu.it));

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso La Direzione Didattica di Zola Predosa fornisce le seguenti informazioni.

* Le prestazioni intendono garantire assistenza e supporto psicologico al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, in particolare per far fronte alle conseguenze derivanti dall’emergenza epidemiologica. Le prestazioni si prefiggono inoltre di garantire supporto e consulenza al personale scolastico nei casi di stress lavorativo, difficoltà psicologiche e relazionali, e di prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico. Le attività dello sportello d’ascolto intendono fornire supporto anche agli studenti e alle famiglie nei casi di disagio sociale, difficoltà relazionali e psicologiche, con particolare attenzione alle necessità e ai bisogni delle famiglie Ucraine e dei loro bambini per favorirne l’integrazione all’interno del gruppo classe.
* Le attività saranno rese in presenza, previo appuntamento, e potranno essere svolte anche 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”,* garantendo sempresicurezza e riservatezza del setting*.* La 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 dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
* La psicologa sarà presente presso la sede della Direzione Didattica di Zola Predosa nei giorni **martedì** dalle **12,30 alle 14,30** e **venerdì** dalle **9,00 alle 13,00**.
* La durata del colloquio sarà di **50 minuti**.
* La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.ordinepsicologier.it/public/genpags/bigs/CodiceDeontologicoVersioneAggiornata.pdf) reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)
* I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, sono 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 Psicologa**

**Dott.ssa Melania Campioni**

***MINORENNI***

La Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa------presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

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 prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla 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 del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO**

**SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

La sottoscritta Dott.ssa Melania Campioni, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’ Umbria n. 1254 -Albo A-, (e-mail [supportopsicologico@ddzolapredosa.edu.it](mailto:supportopsicologico@ddzolapredosa.edu.it));

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso La Direzione Didattica di Zola Predosa fornisce le seguenti informazioni.

* Le prestazioni intendono garantire assistenza e supporto psicologico al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, in particolare per far fronte alle conseguenze derivanti dall’emergenza epidemiologica. Le prestazioni si prefiggono inoltre di garantire supporto e consulenza al personale scolastico nei casi di stress lavorativo, difficoltà psicologiche e relazionali, e di prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico. Le attività dello sportello d’ascolto intendono fornire supporto anche agli studenti e alle famiglie nei casi di disagio sociale, difficoltà relazionali e psicologiche, con particolare attenzione alle necessità e ai bisogni delle famiglie Ucraine e dei loro bambini per favorirne l’integrazione all’interno del gruppo classe.
* Le attività saranno rese in presenza, previo appuntamento, e potranno essere svolte anche 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”,* garantendo sempresicurezza e riservatezza del setting*.* La 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 dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
* La psicologa sarà presente presso la sede della Direzione Didattica di Zola Predosa nei giorni **martedì** dalle **12,30 alle 14,30** e **venerdì** dalle **9,00 alle 13,00**.
* La durata del colloquio sarà di **50 minuti**.
* La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all’osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.ordinepsicologier.it/public/genpags/bigs/CodiceDeontologicoVersioneAggiornata.pdf) reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)
* I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, sono 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 Psicologa**

**Dott.ssa Melania Campioni**

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in ragione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

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 prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle 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 del tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_