

***Istituto Comprensivo “Pietro Giannone”***

***di Ischitella e Rodi Garganico***

***via Pepe 65/67- 71010 Ischitella (FG)***

***e-mail:*** ***fgic80700v@istruzione.it*** ***- pec:*** ***fgic80700v@pec.istruzione.it*** ***- website***: [***www.icgiannone.gov.it***](http://www.icgiannone.it)

tel.0884996364 – C.M. FGIC80700V – C.F. 84004620716

Codice Univoco Ufficio: UF9ARM

**CONSENSO INFORMATO PER** **PRESTAZIONI DI CONSULENZA E PER LE PER LE ATTIVITÀ PRESSO L’ISTITUTO SCOLASTICO PREVISTE PER IL SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO/SPORTELLO DI ASCOLTO**

Gentile Signore/a,

a seguito dell’attivazione del servizio di supporto psicologico a titolo gratuito presso L’Istituto Comprensivo “GIANNONE”, rivolto a studenti, famiglie e personale della scuola, con la presente desideriamo informarla riguardo le modalità di erogazione del servizio ed il trattamento dei dati personali che sarà effettuato.

**Descrizione delle attività**

Le attività dello sportello di Ascolto e sostegno psicologico, come da Protocollo d’Intesa tra il Ministero dell’Istruzione e il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi del 26/10/2020, 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.
* erogare 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, a seconda delle diposizioni normative vigenti.

La consulenza psicologica 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.

In qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l’interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà.

La Psicologa è tenuta al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani 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.

Lo Psicologo può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata 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.);

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto dell’informativa e del consenso informato, che si intende parte integrante del seguente modulo, prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all’indirizzo email della scuola** fgic80700v@istruzione.it  **allegando copia del documento di identità.**

Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico

Prof. Tommaso Albano

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

|  |
| --- |
| **MINORENNI ( Va compilato un prospetto per ciascun genitore)**Il Sig./la Sig.ra …………………………………………………………………………………………………………………………………identificato/a mediante documento …………………………………………n° ……………………………………………… madre/genitore1/tutore del/della minorenne…………………………………………………………………………….Classe……………………………………………………………….Nata/o a ........................................………………………..……………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_e residente a …………………..…………....................................................................................................in via/piazza ………...………………………….......................................................... n.….…….............chiede con piena consapevolezza di accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Scirano Aldo presso lo Sportello di ascolto. Dichiara, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell’Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.Luogo e data Firma madre / genitore 1 / tutore**(Da compilare nel caso sia un solo genitore il firmatario del consenso)**Il/la sottoscritt\_\_, data l’impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitoriLuogo e data Firma genitore |