

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

La sottoscritta dott.ssa Giuliana Figoli, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Calabria n. 1891, mail: giuliana.figoli@yahoo.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto di Istruzione Superiore "Liceo Scientifico - Liceo Scientifico indirizzo scienze applicate - Liceo Classico - Liceo Scienze Umane" di Corigliano

INFORMA

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Consenso informato per gli alunni minorenni

*Ai genitori degli **alunni** si chiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico. **È necessario inviare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale in caso di persone minorenni***

I sottoscritti

Padre:

C.F.: _____

Madre:

C.F. _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore

nato/a a _____ il

_____, C.F.: _____ e frequentante la classe _____

dell'istituto di Istruzione Superiore dei Licei di Corigliano, Visto e compreso tutto quanto sopra indicato in relazione ai campi del consenso informato e dell'informativa sulla privacy, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO l'alunno/a minorenne ad usufruire dei servizi presso lo sportello di ascolto istituito dalla scuola.

Luogo e Data _____, ___/___/_____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

Firma leggibile **di entrambi** gli esercenti la potestà genitoriale

Padre: _____ -

Madre: _____

Oppure

Il genitore unico firmatario/tutore: _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a..... il ___/___/___

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento,
Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

.....

in via/piazza

.....n.....

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
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo sportello di ascolto psicologico della scuola.

Luogo e data _____

Firma del tutore _____