

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E PER LE PER LE ATTIVITÀ ONLINE E/O PRESSO L'ISTITUTO SCOLASTICO PREVISTE PER LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

La sottoscritta dott.ssa Wanda Sernia Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 4017, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico istituito presso il Liceo Scientifico Aldo Moro di Margherita di Savoia (BT) , fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello sportello di ascolto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, come da Protocollo d'Intesa tra il MIUR e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, saranno come di seguito finalizzate:

- fornire un supporto psicologico attraverso colloqui per rispondere a traumi e disagi derivati dall'emergenza COVID-19;
- fornire assistenza psicologica per prevenire l'insorgere di forme di disagio sociale, malessere psico-fisico, stress lavorativo, difficoltà relazionali;
- promuovere iniziative e conoscenze sui temi della comunicazione efficace, delle dinamiche dei gruppi, delle competenze trasversali, dei fenomeni di devianza sociale e/o su tematiche concordate con il personale docente;
- incrementare il benessere psicologico, individuale e relazionale, acquisire consapevolezza dei propri modi di agire, rinforzare le competenze emotive, sociali e cognitive, migliorare la qualità della vita.

Le prestazioni verranno rese, a seconda delle disposizioni normative vigenti, oltre che presso la sede dell'Istituto, nel rispetto del protocollo COVID e al termine dello stato di emergenza, in presenza e/o anche attraverso la piattaforma online Google Meet e lo strumento tecnologico utilizzato sarà la videocall su pc o tablet o smartphone.

Si precisa che la consulenza psicologica fornita, anche online, ha carattere consulenziale/informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico come da Protocollo sopra citato.

Le consulenze anche a distanza devono avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. I colloqui non verranno né dovranno essere registrati né in audio né in video. La Dott.ssa Wanda Sernia non è, comunque, responsabile in alcun modo dell'uso fraudolento ed illecito della piattaforma e dei relativi servizi che possa esser fatto da parte di terzi.

Lo Psicologo è tenuto 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 dell'utente 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.

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all'indirizzo mail [wanda.sernia@gmail.com](mailto:wanda.sernia@gmail.com) o via cartacea tramite il coordinatore di classe**

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

**MAGGIORENNI (genitori e insegnanti)**

Il/La Sig./ISig.ra..... nato/a .....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Classe.....Sez.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa..... presso lo Sportello di ascolto psicologico

Luogo e data

Firma

.....

.....

**MINORENNI**

I sottoscritti..... e .....  
dell'alunno/a.....nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Classe.....Sez.....Liceo.....di....., in qualità di  
genitori/genitore affidatario/tutore

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa..... presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma di entrambi genitori/affidatario/tutore

.....

.....

(\*) Firma di entrambi genitori anche se separati/divorziati. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intenderà che l'autorizzazione sia stata condivisa dai genitori. *Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:*

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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 genitori.

Firma del genitore

.....