

   <p>CERTIFICAZIONE AGENZIA FORMATIVA n. 34423/0001/UK/It</p>	 <p>ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE "R. DEL ROSSO - G. DA VERRAZZANO" Via Panoramica, 81 - 58019 - Porto S. Stefano (GR) Telefono +39 0564 812490/0564 810045 Fax +39 0564 814175 C.F. 82002910535 (GRIS00900X)</p>	  <p>CERTIFICATO N. 5010014484</p>
<p>Sito web: www.daverrazzano.it e-mail: gris00900x@istruzione.it - segreteria@daverrazzano.it Posta elettronica certificata: segreteria@pec.daverrazzano.it - gris00900x@pec.istruzione.it</p>		

Anno Scolastico 2020-2021

COMUNICAZIONE N. 153

Prot.n. 2528/A11

Porto S. Stefano, 14/04/2021

All'Albo
Ai genitori e agli alunni dell'IPE

Oggetto: Consenso informato per prestazione di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico

Si comunica che al fine di poter attuare il progetto dello sportello di ascolto psicologico con la psicologa dott.ssa Alice Gorelli, è necessario che gli studenti coinvolti riconsegnino al coordinatore di classe il consenso informato firmato da entrambi i genitori o tutori, allegato alla presente.

Questo documento verrà inserito nella voce "comunicazioni" del sito www.daverrazzano.it

Distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico
(Prof. Enzo Sbrolli)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993

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

La sottoscritta dott.ssa Gorelli Alice, Psicologa e Psicoterapeuta ad indirizzo Costruttivista, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 6221, (alicegorelli@gmail.com, alice.gorelli.371@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito dall'Istituto Superiore d'Istruzione "ISIS R. Del Rosso – G. Da Verrazzano" Via Panoramica n.81, Porto Santo Stefano (GR), fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede (barrare la sede di riferimento):

- ITC di Albinia;
- IPE di Orbetello;
- Polo Liceale di Orbetello;
- ITTL di Porto Santo Stefano;

in conformità con le disposizioni sanitarie previste dal Ministero o, qualora non fosse possibile ritornare in aula, attraverso modalità online;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: Sportello d'ascolto psicologico individuale e incontri di gruppo rivolti alle classi; non si tratterà di prestazioni di psicoterapia ma di sostegno psicologico;

(b) modalità organizzative: per quanto riguarda lo sportello individuale, gli alunni potranno farne richiesta al proprio insegnante ed assentarsi dalla lezione in corso per il tempo necessario al colloquio. Qualora il numero delle richieste lo rendesse necessario, sarà predisposta una lista di prenotazione.

Per quanto riguarda gli interventi di gruppo, saranno concordati, con gli insegnanti e con i rappresentanti degli alunni, incontri di confronto e scambio all'interno della classe e/o tra le classi;

(c) scopi: accogliere e sostenere eventuali dubbi o difficoltà specifiche;

favorire, attraverso l'ascolto e la comprensione reciproca, la conoscenza, l'accettazione, lo scambio di punti di vista diversi;

favorire il benessere degli alunni;

contribuire al raggiungimento degli obiettivi scolastici attraverso un miglioramento del proprio rapporto con la scuola e con i compagni;

(d) limiti: i limiti imposti dall'attuale situazione di emergenza sanitaria potrebbero limitare alcune possibilità espressive ed esplorative.

Gli incontri sono previsti in presenza ma, qualora i nuovi D.P.C.M. non lo consentissero, cercheremo soluzioni on line.

Il poco tempo che ci separa dalla conclusione dell'anno scolastico non consentirà una più approfondita presa in carico di alcune situazioni di disagio;

(e) durata delle attività: abbiamo a disposizione 3 ore settimanali per 10 settimane;

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.ordinepsicologitoscana.it.

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

Dott.ssa ALICE GORELLI

PSICOLOGA

Via Cassia, 28 - 52048 MONTAGNANO (Ar)

Il Professionista (firma).....

tel. 328 6972312

P.IVA 02112750514

C.F. GRL LCA 81S50 A390D



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenne.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data
Firma del padre

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/piazzan.....
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 dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data
Firma del tutore