

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

La sottoscritta Dott.ssa Sabrina Lattes, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 8361, fornisce le seguenti informazioni prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IC Matteucci Faenza Centro nell'a.s. 2024/2025:

- Le attività dello Sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) Sportello d'ascolto psicologico rivolto agli alunni delle classi della scuola secondaria di primo grado;
 - b) Sportello d'ascolto psicologico rivolto agli insegnanti e genitori dell'IC Matteucci;
 - c) Incontri di sostegno psicologico rivolti al gruppo classe.
- SPORTELLO GENITORI, INSEGNANTI e PERSONALE SCOLASTICO: è possibile fare richiesta di colloquio scrivendo una mail all'indirizzo sabrina.lattes@icmatteuccifaenza.edu.it. Direttamente con la psicologa sarà concordato l'appuntamento che si svolgerà esclusivamente in modalità online tramite la piattaforma Meet per i genitori, e online o in presenza presso una delle sedi dell'istituto per gli insegnanti e il personale scolastico.
- Gli incontri online potranno essere resi attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come da contratto tra le parti.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Firmato Dott.ssa Sabrina Lattes

AUTORIZZAZIONE ALLO SPORTELLO GENITORI/INSEGNANTI

La Signora _____

Codice Fiscale _____ nata a _____ il ___/___/___ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

e/o Il Signor _____

Codice Fiscale _____ nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

genitore/i di _____ della classe _____ della scuola _____

personale scolastico dell'IC Matteucci (specificare ruolo e scuola di appartenenza _____)

dichiara/dichiarano 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 Sabrina Lattes presso lo Sportello di ascolto o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico.

Luogo e data _____

Firma/e _____