



# ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE “Guido Donegani”

**Settore Tecnologico:** Chimica, Materiali e Biotecnologie - Elettronica ed Elettrotecnica - Informatica e Telecomunicazioni

Via Tito Minniti, 25 – Tel. 0962 21131 – Fax 0962 935551

Sito WEB: [www.guidodonegani.edu.it](http://www.guidodonegani.edu.it) E-Mail: [krtf0200t@istruzione.it](mailto:krtf0200t@istruzione.it) C.F. 91050460798

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

La sottoscritta **Dott.ssa ALESSANDRA SINISCALCHI**, Psicologa/Psicoterapeuta iscritta all'albo dell'Ordine Psicologi Calabria con n.746, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo **SPORTELLO D'ASCOLTO** istituito presso la Scuola **ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE “Guido Donegani”**, fornisce le seguenti informazioni.

1. Il **sostegno psicologico** prestato dal professionista è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale, al fine di agevolare e sostenere l'azione educativa condivisa tra scuola e famiglia, favorendo la comunicazione ed affrontando tematiche quali:
  - **orientamento** (es. analisi dei reali interessi dello studente, motivazione allo studio e validità della scelta compiuta);
  - **ambientamento** (es. difficoltà di relazione con i compagni di classe e/ o con i docenti);
  - **ansia da prestazione scolastica** (es. agitazione in relazione ad interrogazioni, compiti in classe, verifiche, ansia in relazione agli esami di stato);
  - **relazioni familiari** (es. influenza del clima familiare sul rendimento scolastico);
  - **organizzazione nello studio** (es. metodo di studio, difficoltà di concentrazione, efficacia dell'applicazione);
  - altra problematica che ostacoli il percorso di crescita personale e scolastico dello studente.
2. Lo strumento principale di intervento sarà il **colloquio psicologico** della durata di 40 minuti, con frequenza da concordare, utilizzato come mezzo conoscitivo e d'intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione; lo scopo è fornire ascolto, supporto, informazione, orientamento e sostegno psicologico.
3. Il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato.
4. 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.
5. Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono esplicitamente informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dal Codice Deontologico degli Psicologi (<https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>): questi ultimi sono strettamente tenuti al Segreto Professionale e possono derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario, o salvo ben specifiche disposizione di legge in situazioni eccezionali.
6. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio derivante 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.
7. Nel caso di prestazione psicologica erogata a distanza, la stessa si avvarrà degli strumenti resi disponibili dalla piattaforma **G-Suite for Education** ([https://www.istruzione.it/coronavirus/didattica-a-distanza\\_google-education.html](https://www.istruzione.it/coronavirus/didattica-a-distanza_google-education.html)). Durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.

Si autorizzano le prestazioni erogate a distanza?    SI      NO  

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

### **Padre**

Cognome e nome		Codice Fiscale	
Residente in	Indirizzo		
Telefono	E-mail		
Documento di riconoscimento: ( <i>tipo</i> )	N°	Rilasciato da	il

### **Madre**

Cognome e nome		Codice Fiscale	
Residente in	Indirizzo		
Telefono	E-mail		
Documento di riconoscimento: ( <i>tipo</i> )	N°	Rilasciato da	il

### **Tutore**

Cognome e nome		Codice Fiscale	
Residente in	Indirizzo		
Telefono	E-mail		
Documento di riconoscimento: ( <i>tipo</i> )	N°	Rilasciato da	il

Nominato in ragione di

*Provvedimento:*

*Autorità emanante:*

*Data e numero:*

### **Minore**

Cognome e nome		Codice Fiscale	
Residente in	Indirizzo		
Telefono	E-mail		
Documento di riconoscimento: ( <i>tipo</i> )	N°	Rilasciato da	il

Dopo aver ricevuto e compreso le relative informazioni, i sottoscritti prestano il consenso informato affinché il minore summenzionato possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **Dott.ssa ALESSANDRA SINISCALCHI** nell'ambito dello **SPORTELLO D'ASCOLTO** istituito presso la Scuola **ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE "Guido Donegani"**.

#### *Firma esercenti responsabilità genitoriale*

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma del madre \_\_\_\_\_

Firma tutore \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_