ALL. 2

CONSENSO INFORMATO IN PSICOLOGIA SCOLASTICA

Per la promozione del benessere psicologico a scuola e l'avvio dello sportello d'ascolto come previsto dal protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP)

GENITORE

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

GENITORE

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il Sig._____e la Sig.ra_____sono informati sui seguenti punti in merito all'attività di psicologia scolastica e sportello d'ascolto da parte della Dott.ssa Erina Eulalia Tucci Psicologa, iscritta all'Albo professionale degli Psicologi della Calabria

Servizio di psicologia scolastica:

1. Le attività psicologiche prestate dal professionista sanitario sono finalizzate: al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale; al supporto del coordinamento delle azioni scuola/studenti/famiglie e, quindi, alla collaborazione tra le diverse agenzie educative e istituzionali attraverso una comunicazione chiara ed efficace per far convergere i bisogni e le esigenze di tutti su un unico obiettivo; all'offerta di un servizio di consulenza che possa sostenere i genitori nel loro difficile "ruolo" in relazione alla crescita dei figli.
2. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, counseling familiare, colloquio clinico;
3. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
4. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

in caso di prestazioni erogate a distanza:

5.1 La prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento informatico che sarà previamente comunicato (telefono, Skype, Zoom ecc.);

5.2 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 assume il genitore. Il professionista e il genitore si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet.

6 Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio 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.

I genitori sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dagli articoli 11-12-13 del Codice Deontologico degli psicologi.

Il Sig._____e la Sig.ra_____o il tutore Sig./Sig.ra_____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato sanitario all'attività di psicologia scolastica e sportello d'ascolto.

Luogo e data

Firma

Sig. _____

Sig.ra _____