

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO
SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO A SCUOLA**

La sottoscritta **Dott.ssa Lisa Aragiusto** Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 4914A e-mail supportopsicologico@cpiabolognaistruzioneer.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico **CPIA** metropolitano di Bologna fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni intendono garantire un supporto psicologico al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, per far fronte a traumi e disagi derivati dall'emergenza COVID-19. In particolare, al personale scolastico per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali e traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico; Agli studenti e alle famiglie per fornire supporto nei casi di disagio sociale, difficoltà relazionali e altri traumi psicologici.
- previo appuntamento, saranno rese in presenza e potranno essere rese anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di salute psicologica in modalità digitale. (solo maggiorenni) In particolare, verrà utilizzato lo strumento *Skype*, garantendo sempre *sicurezza e riservatezza del setting*, La professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- La psicologa sarà presente presso la **sede centrale del CPIA**
- La durata del colloquio sarà di **55 minuti**.
- 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.

La psicologa

Dott.ssa Lisa Aragiusto

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a
_____ il ____/____/____

Tutore del minore _____ in ragione di
_____ (indicare provvedimento, Autorità emanante,
data numero)

residente a _____ in via/piazza
_____ n. ____

dichiara 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 prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di salute psicologica(*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____