



ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO "PRINCIPI GRIMALDI"

ALBERGHIERO - AGRARIO - OTTICO - CONVITTO ANNESSO

Viale Oleandri, 19 – Tel. 0932.762991 – Fax 0932.761689
Codice Fiscale 90006570882 - Codice univoco ufficio: UF4952
PEO rgrh020005@istruzione.it - PEC rgrh020005@pec.istruzione.it
www.principigrimaldi.edu.it

MODICA



CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Lo Sportello di Ascolto è attivato presso l'Istituto Scolastico "Principi Grimaldi" sulla base di indicazioni ministeriali per far fronte alla necessità di supporto psicologico e pedagogico nelle svariate difficoltà insorte tra i membri della popolazione scolastica a seguito dell'emergenza sanitaria.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso i locali dell'Istituto, oppure in via telematica, qualora fosse necessario in base all'organizzazione scolastica che prevede l'alternarsi di didattica a distanza a didattica in presenza. Nel caso in cui si debba intervenire da remoto, le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico, utilizzando lo strumento Meet di Gsuite for Education, con l'account scolastico già in possesso da tutta la popolazione scolastica. Il 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.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloqui di valutazione e colloqui di sostegno psicologico per gli alunni, colloqui informativi con familiari o con alunni e familiari, colloqui informativi con gli insegnanti, interventi in classe di prevenzione o promozione del benessere psico-sociale;
 - b) modalità organizzative: la professionista riceverà a colloquio alunni, genitori, insegnanti e personale ATA, previa prenotazione da effettuare per tramite le figure referenti GOSP della scuola: per la sede di Modica la profssa Ruta Veronica (veronica.ruta@principigrimaldi.edu.it), per la sede di Chiaramonte la profssa Novello Silvia (silvia.novello@principigrimaldi.edu.it). L'accesso al colloquio sarà consentito solo ed esclusivamente in possesso del presente consenso informato (nel caso di minorenni firmato da ENTRAMBI i genitori; nel caso dei maggiorenni firmato da loro stessi). L'intervento in classe verrà concordato con il referente di classe sulla base di una precisa richiesta. In questo caso, sarà necessario avere il consenso informato di tutti gli alunni della classe.

- calendario: il servizio di sportello psicopedagogico sarà attivo alternativamente presso le sedi di Modica e Chiaramonte il mercoledì dalle 9:30 alle 12:30
- Le figure professioniste incaricate dello sportello, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#).
- 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.

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

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato sopra, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato sopra, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato sopra, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Nel caso di firma di un solo genitore, compilare anche la parte sottostante

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Luogo e data _____ Firma _____

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 sopra, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____