

## **CONSENSO INFORMATO SANITARIO IN PSICOLOGIA SCOLASTICA**

### **-SPORTELLO DI ASCOLTO-**

La Dott.ssa Sabina D'Alessandro, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione CALABRIA con il n. 801, dal 08/05/2003, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto istituito presso l'I.C. "Borrello-Fiorentino" di Lamezia Terme (CZ) per l'Anno Scolastico 2022/2023

#### **FORNISCE LE SEGUENTI INFORMAZIONI**

Le prestazioni sono finalizzate all'erogazione di attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n. 56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 di seguito GDPR e D. Lgs. 101/2018).

Le suddette prestazioni saranno rese dalla psicologa in presenza, presso i locali della scuola secondaria di primo grado sita in via Matarazzo.

Il professionista si attiene alle norme del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani** e ha l'obbligo al **segreto professionale**, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del/della paziente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria.

Lo Psicologo che lavora in ambito scolastico assume il ruolo e la funzione di Pubblico Ufficiale. In qualità di Pubblico Ufficiale, lo Psicologo ha l'obbligo di referto/denuncia nelle ipotesi di reato a procedibilità d'ufficio mentre negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Codice Deontologico è disponibile per la consultazione sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Calabria [www.psicolabria.it](http://www.psicolabria.it).

Le attività dello Sportello d'Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- (a) Tipologia d'intervento: Sportello d'ascolto e sostegno psicologico rivolto a docenti, genitori e studenti;
- (b) Scopi: fornire ascolto, sostegno e supporto per i traumi derivanti dall'emergenza Covid-19;
- (c) Durata delle attività: concordate con il Dirigente Scolastico Dott. Giuseppe GUIDA.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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.

Il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato.

La titolare del trattamento dei dati è la Dr.ssa Sabina D'Alessandro.

Firma Madre \_\_\_\_\_

Firma Padre \_\_\_\_\_

Lamezia Terme, \_\_\_\_\_

La Psicologa  
Dr.ssa Sabina D'Alessandro

**PER LE SOTTOSCRIZIONI SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO:**

**ADULTI (Genitori/ Personale scolastico)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_

DICHIARA

di avere compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto.

Lamezia Terme \_\_\_\_\_

Firma

**MINORENNI (Studenti)**

La Sig.ra \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

madre del/della minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'I.C. "Borrello-Fiorentino" di Lamezia Terme (CZ)

DICHIARA

di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali presso lo Sportello di ascolto.

Lamezia Terme, \_\_\_\_\_

Firma della madre

Il Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

padre del/della minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'I.C. "Borrello- Fiorentino" di Lamezia Terme (CZ)

DICHIARA

di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali presso lo Sportello di ascolto.

Lamezia Terme, \_\_\_\_\_

Firma del padre

La Psicologa  
Dr.ssa Sabina D'Alessandro

**PERSONE SOTTO TUTELA**

Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
tutore del/della minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'I.C. "Borrello-Fiorentino" di Lamezia Terme (CZ)

DICHIARA

di aver compreso quanto illustrato dalla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la minore possa accedere alle prestazioni professionali presso lo Sportello di ascolto.

Lamezia Terme, \_\_\_\_\_

Firma del Tutore

La Psicologa  
Dr.ssa Sabina D'Alessandro