**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA  *LICEO SCIENTIFICO LINGUISTICO “FRANCESCO REDI" AREZZO***

La sottoscritta dott.ssa Paola Belliconi, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Toscana n.4644, ( mail: sportellodiascolto@liceorediarezzo.edu.it – PEC: paola.belliconi.497@psypec.it)prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto di ascolto e consulenza psicologica istituito presso la Scuola *Liceo Scientifico Linguistico "Francesco Redi" Arezzo,*fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso *Liceo "Francesco Redi" Arezzo* oppure da remoto.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a)tipologia d'intervento: Lo sportello di ascolto e consulenza psicologica rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico derivanti anche dall’emergenza Covid-19. Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del “Codice Deontologico degli psicologi italiani”);

(b) modalità organizzative: Lo sportello d’ascolto e consulenza psicologica è rivolto agli studenti del Liceo “Francesco Redi”, a tutto il personale scolastico e ai genitori. Il servizio di sportello di ascolto e consulenza psicologica si svolgerà a cadenza settimanale in orario pomeridiano e si attiverà su prenotazione dello stesso attraverso richiesta mail all’indirizzo: sportellodiascolto@liceorediarezzo.edu.it

 (c) scopi: Lo sportello permetterà agli adolescenti di confrontarsi su qualsiasi problematica desiderino affrontare (relazioni con i pari, difficoltà di integrazione, difficili relazioni con il mondo degli adulti: insegnanti, genitori ecc.)offrendo uno spazio tutelato dalla privacy. Sarà possibile usufruire dello sportello anche per genitori, insegnanti e tutto il personale scolastico.
L'attenzione sarà diretta ad incrementare la consapevolezza nella gestione delle proprie risorse interne per fronteggiare situazioni e momenti difficili. In tutti quei casi in cui emergerà l'esigenza di un trattamento o l’attivazione di un percorso potrà essere valutato e condiviso con la famiglia la possibilità di un invio, nell'ottica di un lavoro di rete con le istituzioni e i servizi presenti sul territorio;

(d) limiti : Per l’accesso al servizio da parte degli studenti minorenni è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. Il modulo potrà essere firmato e consegnato in seguito alla circolare (per permettere ad ogni studente di poter valutare l’opportunità di utilizzo dello stesso in autonomia) oppure al momento della prenotazione del colloquio allo sportello. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista. Gli studenti maggiorenni potranno rilasciare direttamente il consenso al momento del primo accesso al servizio ;

(e) durata delle attività: dal mese di febbraio 2025 al mese di giugno 2025;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo https://www.ordinepsicologitoscana.it/ .

f) 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.

g) Gli estremi della polizza dell’assicurazione per la responsabilità civile comunicati dal professionista sono: Polizza n.505610972, Allianz Spa.

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

**Il Professionista**

**Dott.ssa Paola Belliconi**

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente ………………………………………………… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Paola Belliconi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola Belliconi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Paola Belliconi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne...............................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ........................................................................................................................................................................

residente a …………………..………….....................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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.ssa Paola Belliconi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore