**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa…. AMELIA AVRUSCIO …………………………, Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Calabria n. …1393.........., mail [amelia.avruscio@gmail.com](mailto:amelia.avruscio@gmail.com), cell. 3470062705, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.C. COMPRENSIVO MONTALTO UFFUGO, LATTARICO, ROTA GRECA E SAN BENEDETTO ULLANO ….. fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese all’interno della scuola in un’apposita aula adibita allo Sportello di Ascolto, mentre nel periodo di emergenza sanitaria COVID-19 i colloqui verranno effettuati tramite piattaforma………

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

1.il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale; tuttavia all’interno dello sportello non si fa attività di psicoterapia perciò, qualora il professionista ravvisi la necessità di tale intervento da parte del soggetto, provvederà all’invio presso le strutture competenti.

2.lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di \_\_50 Minuti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico; altri strumenti potranno essere il gruppo, per favorire il confronto, attività di role playing o laboratori espressivi.

3.potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;

4.il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

5.il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato. 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: [www.psicologicalabria.it](http://www.psicologicalabria.it)

Per le prestazioni erogate a distanza:

2.1 la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2 Il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.

2.3 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 per conto della persona destinataria dell’intervento.

2.4Il 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 dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

**Il Professionista (firma)………** C:\Users\UTENTE\Documents\Documenti Personali\firma piccola.jpg **…………………….**

**Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,**

**⃝ per proprio conto**

***MAGGIORENNI***

Il /la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………… nato/a a………………………………………… il……………………………………C.F……………………………………………………………………………….

e residente a……………………………………………………………………., via…………………………………….n……………………………….. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa AMELIA AVRUSCIO presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma