



**Ente accreditato dalla Regione
Veneto per la formazione continua e superiore**
Via Verdi, 60 – 31033 Castelfranco Veneto (TV)
C.F. 90001990267

WWW.ISISOCIALI.EDU.IT
TVIS017009@ISTRUZIONE.IT
TVIS017009@PEC.ISTRUZIONE.IT
Tel. 0423 472801



**Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore
"Florence Nightingale"**

COD. MECCANOGRAFICO: TVIS017009

Professionale Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale TVRF017012
Liceo delle Scienze Umane – Liceo Economico Sociale TVPC01701L

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Oggetto: *Informazioni in merito alle prestazioni professionali relative allo sportello di ascolto psicologico istituito presso l'Istituto di Istruzione Superiore "Florence Nightingale", prestate dalla dott.ssa Lucia Girolimetto, psicologa psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 6757 sez. A, contatto telefonico: 3337318232, indirizzo di posta elettronica: psicologa.girolimetto@isisociali.edu.it*

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute, si informa che la prestazione verrà svolta in presenza nei locali dell'Istituto "Florence Nightingale" consentendo interventi di carattere psicologico.

La psicologa opera nelle seguenti aree di intervento:

- a) sostegno alla costruzione della personalità degli studenti e allo sviluppo delle competenze di vita;
- b) predisposizione di un ambiente di apprendimento responsabilizzante e motivante;
- c) supporto al benessere degli studenti e del personale scolastico;
- d) individuazione precoce delle situazioni di devianza, quali bullismo e cyberbullismo, e di disagio, quali disturbi alimentari e dipendenze, nonché dei bisogni educativi speciali;
- e) supporto e formazione, nei confronti dei docenti, riguardo alle specifiche problematiche dell'età evolutiva ed alle eventuali difficoltà relazionali esistenti all'interno della classe e tra docenti e alunni;
- f) supporto e formazione, nei confronti del personale docente e del personale ATA, per una migliore gestione delle situazioni di disagio;
- g) consulenza psicologica rivolta alle famiglie per il supporto alla genitorialità;
- h) interazione con le altre figure professionali che operano a vario titolo nell'ambito della scuola, ove richiesto;
- i) durata delle attività: ogni incontro avrà la durata di un'ora di lezione ed è possibile interrompere in qualsiasi momento il percorso comunicando tale intenzione alla dott.ssa Girolimetto.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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.

Leggere con attenzione il contenuto del modulo prima di sottoscriverlo. Compilare solo il riquadro appropriato.

MAGGIORENNI
La studentessa/Lo studente/ Il genitore

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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lucia Girolimetto presso lo Sportello di ascolto o 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 ____ / ____ / ____ 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lucia Girolimetto presso lo sportello di ascolto o 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 ____ / ____ / ____ 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lucia Girolimetto presso lo sportello di ascolto o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico, se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA
Il/La sig./sig.ra nato/a

il / /

residente _____

via/p.za _____ n° _____

in ragione di (indicare provvedimento, n°, autorità emanante)

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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lucia Girolimetto 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 tutore