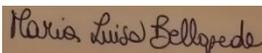


CONSENSO INFORMATO PER SPORTELLO DI ASCOLTO IC 5 FORLÌ

Io sottoscritta Dott.ssa MARIA LUISA BELLOPEDE Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 4407a, recapito telefonico cell. 346 3861747 indirizzo posta elettronica marialuisabellopede@gmail.com indirizzo PEC marialuisa.bellopede.244@psypec.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso IC 5 di Forlì fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in **presenza** in locali messi a disposizione da IC 5 Forlì o attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a **distanza** per interventi di e-health di carattere psicologico (verranno utilizzati gli strumenti Meet o altri strumenti tecnologici facendo attenzione alla massima cura in termini di sicurezza e riservatezza del setting). La 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 dotata 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 ASCOLTO e/o CONSULENZA DI NATURA PSICOLOGICA;
 - b) modalità organizzative COLLOQUI INDIVIDUALI/FAMILIARI O INTERVENTI PER GRUPPI, anche in rete con altri soggetti;
 - c) scopi FAVORIRE IL BENESSERE INDIVIDUALE E COLLETTIVO;
 - d) limiti L'INTERVENTO DI CONSULENZA TRAMITE SPORTELLO D'ASCOLTO SCOLASTICO, PUR POTENDO GARANTIRE UNA CERTA CONTINUITÀ AL SINGOLO INDIVIDUO O AL GRUPPO, SI PREFIGURA COME ATTIVITÀ DI CONSULENZA PSICOLOGICA E NON COME ATTIVITÀ DI PSICOTERAPIA;
 - e) durata attività DA OTTOBRE 2024 A GIUGNO 2025 (durata media colloqui 50')
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](http://www.ordinepsicologier.it) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- 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.

La Professionista (firma)



Per i MAGGIORENNI L'insegnante-ATA-personale/ Il genitore _____ (nome e cognome) nato/a a _____ il _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato da Scuola e professionista, anche relativamente al trattamento dei dati, qui e nell'Avviso n° 24 del 30/06/2024, e **presta il proprio consenso** al fine di poter accedere allo sportello di ascolto psicologico con la dott.ssa Maria Luisa Bellopede (salvo successiva revoca scritta del consenso).

Luogo e data _____ Firma _____

Per i MINORENNI La sottoscritta _____ (nome/cognome) nata a _____ il _____ e il sottoscritto _____ (nome/ cognome) nato a _____ il _____, in qualità di genitori/ affidatari/ tutori dell'**alunno/a** _____ (nome/ cognome alunno/a) nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ della scuola _____ dichiariamo di aver compreso quanto illustrato da Scuola e professionista, anche relativamente al trattamento dei dati, qui e nell'Avviso n° 24 del 30/06/2024, pertanto **prestiamo il nostro consenso ed autorizziamo** nostro/a figlio/a all'accesso allo sportello di ascolto psicologico con la dott.ssa Maria Luisa Bellopede (salvo successiva revoca scritta del consenso).

Luogo/data _____ Firma _____ Firma _____

Sono necessarie le firme di entrambi i genitori, a meno che la potestà genitoriale non sia affidata solo ad uno. Allegare copia documenti di identità.