
CONSENSO INFORMATO

LO SPAZIO DI ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA A SCUOLA

La sottoscritta

dott.ssa TIZIANA MANNELLO Psicologa psicoterapeuta

Iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 10970

e-mail: tiziana.mannello@aldomorosaronno.edu.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Spazio di Ascolto psicologico a scuola istituito presso l'Istituto comprensivo Aldo Moro di Saronno (VA) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso

- i locali messi a disposizione dall'Istituto comprensivo Aldo Moro di Saronno (VA)
- in modalità da remoto sulla piattaforma indicata dalla professionista al momento della prenotazione dell'appuntamento.

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

(a) TIPOLOGIA D'INTERVENTO: ascolto, consulenza e supporto psicologico per il benessere delle persone, dei gruppi e delle organizzazioni;

(b) MODALITÀ ORGANIZZATIVE: gli incontri saranno realizzati

- **In Viale Santuario per gli studenti della scuola secondaria, i docenti e il personale non docente della scuola**
- **Da remoto e previo appuntamento per i genitori**

Per prendere appuntamento si può:

- per gli studenti:
 - inserire un bigliettino nella cassetta degli appuntamenti collocata presso la Scuola Secondaria di Viale Santuario indicando nome, cognome, classe;
 - rivolgersi al prof. Gabriele Esse, responsabile di progetto
- per docenti, personale ATA e genitori:
 - inviare una e-mail all'indirizzo tiziana.mannello@aldomorosaronno.edu.it indicando nome, cognome, scuola.

A seguito della richiesta, la psicologa proporrà data, ora e modalità dell'incontro. In caso di incontro da remoto, la piattaforma utilizzata sarà Meet.

(c) SCOPI: lo Spazio di ascolto recepisce le indicazioni del Protocollo d'intesa tra Ministero dell'Istruzione e Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi del 16.10.2020 e mira a: - fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, per rispondere ai traumi e ai disagi derivati dall'emergenza COVID-19; - promuovere il benessere all'interno della comunità scolastica e prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psicologico.

(d) LIMITI: le attività dello Spazio di ascolto psicologico sono di consulenza e sostegno, non vengono effettuate attività di diagnosi o psicoterapia.

La dott.sa Mannello è tenuta a garantire l'assoluta segretezza dei dati raccolti durante le attività di ascolto, consulenza e supporto seguendo le indicazioni prescritte dalle normative vigenti (Codice deontologico, GDPR 679/2016, D.L.vo n. 101/2018). La dott.sa Mannello può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale solo nel caso ottenga un consenso esplicito da parte dell'interessato (se minorenni, con il consenso dei suoi genitori) ovvero venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica dello studente preso in carico. In quest'ultimo caso l'esperto è tenuto ad informare, a seconda dei casi, la famiglia, la Scuola e gli Organi competenti per l'adozione degli interventi appropriati.

(e) DURATA DELLE ATTIVITÀ: le attività sono erogate durante l'anno scolastico 2022-23; per ciascuna persona presa in carico dallo sportello psicologico, si prevedono un massimo di 5 colloqui, salvo diverse valutazioni che si renderanno necessarie.

La dott.sa Mannello, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.opl.it/public/files/945-codice-deontologico-finale-neutro.pdf>

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



MINORENNI

La Sig.ranata a il
n. tel. e-mail
madre del minorenne.....
nata a il___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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.sa Tiziana Mannello presso lo Sportello di ascolto attivato dall'Istituto
Comprensivo Aldo Moro di Saronno (VA).

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. nato a il
n. tel. e-mail
padre del minorenne.....
nato a il___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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.sa Tiziana Mannello presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig..... nato/a a il
n. tel. e-mail
Tutore del minorenne.....
in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data
numero)
.....
nata/o a il___/___/___
e residente ain via.....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 dalla dott.sa Tiziana Mannello presso lo Sportello di ascolto attivato dall'Istituto
Comprensivo Aldo Moro di Saronno (VA).

Luogo e data

Firma del tutore