

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI RELATIVE ALLO

SPORTELLLO PSICOLOGICO

a.s. 2024-2025

La sottoscritta, **Dott.ssa Carolina Posenato**, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all' Ordine degli Psicologi della Toscana n°7833, **cellulare:** 333 6073720 **email:** psicologa.carolina.posenato@iismeuccimassa.it

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo **Sportello di Ascolto Psicologico** istituito presso l' Istituto d'Istruzione Superiore "A. Meucci" fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese in presenza presso la sede dell'IIS Meucci , Via Marina Vecchia, 230 Massa.

Le attività dello psicologo saranno organizzate come di seguito:

a) **tipologia d'intervento:**

- ✓ colloqui psicologici individuali di consulenza e sostegno psicologico per studenti, insegnanti, genitori e personale scolastico;
- ✓ interventi di promozione del benessere psicologico, psico-educazione e prevenzione rivolti alla classe sulla base di specifiche esigenze e richieste;
- ✓ interventi di formazione e interventi per la promozione del benessere organizzativo rivolti a insegnanti e personale scolastico,
- ✓ eventuale somministrazione di questionari anonimi a tutti i destinatari del progetto per la rilevazione dei bisogni e delle aspettative in fase iniziale e per la valutazione del grado di soddisfazione del progetto in fase finale.

b) **modalità organizzative:**

- ✓ Le attività avranno luogo in orario scolastico (in via prevalente e preferenziale) o in orario extra-scolastico a seconda delle esigenze organizzative degli attori coinvolti;
- ✓ la prenotazione degli incontri dello Sportello d'Ascolto Psicologico avverrà tramite contatto mail con la psicologa all'indirizzo email: psicologa.carolina.posenato@iismeuccimassa.it
- ✓ Il numero di incontri potrà variare da un minimo di uno ad un massimo di tre (salvo particolari eccezioni)

c) **scopi:**

- ✓ promuovere lo sviluppo e il potenziamento delle risorse personali degli studenti, con particolare riferimento alle competenze emotive quali strumento utile a riconoscere e regolare stati emotivi dolorosi
- ✓ accogliere le storie e i contenuti degli studenti in modo non giudicante
- ✓ offrire alle famiglie uno spazio di ascolto che possa costituire un'occasione di collaborazione tra la realtà familiare e quella scolastica
- ✓ formare e informare il corpo docente e il personale scolastico sulle tematiche inerenti al disagio giovanile e l'adolescenza
- ✓ promuovere il benessere organizzativo
- ✓ offrire al personale docente uno spazio di ascolto psicologico finalizzato all'accoglienza, alla gestione e alla condivisione di difficoltà e contenuti connessi alla professione di insegnante e allo stress lavoro-correlato

Periodo delle attività: per l'a.s. 2024-2025 le attività prenderanno avvio a partire dal mese di febbraio 2024.

La professionista, 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 www.psy.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.

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

Dott.ssa Carolina Posenato



The image shows a handwritten signature in black ink that reads "Carolina Posenato". To the right of the signature is a circular professional stamp. The stamp contains the following text: "ORDINE DEGLI PSICOLOGI" at the top, the number "7833" in the center, "Dott.ssa CAROLINA POSENATO" below the number, "Psicologa" below the name, and "DELLA TOSCANA" at the bottom.

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI (SONO NECESSARI IL CONSENSO E LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI)

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 Posenato, 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 Posenato, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

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 dalla dott.ssa Posenato, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

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
dalla dott.ssa Posenato, presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore