

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

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

La dott.ssa Claudia Squizzato Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 6184 (claudia.squizzato@cospestriveneto.it) e la dott.ssa Piera Murrari Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 12717 (dottoressa.murrari@gmail.com), prima di rendere le prestazioni professionali presso il Liceo Maria Ausiliatrice (Padova) forniscono le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Maria Ausiliatrice con sede in Riviera San Benedetto, 88 Padova.

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

### **Tipologia d'intervento**

- Incontro individuale
- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili
- Osservazione individuale dello studente nel gruppo classe
- Incontro informativo/formativo

**Modalità organizzative:** per accedere al servizio è necessario contattare il coordinatore di classe o un insegnante di riferimento, scrivere una mail all'indirizzo sportelloascolto@liceoausiliatricepd.it alla quale risponderanno direttamente le psicologhe oppure contattare il referente dell'Inclusione, prof. Oscar Tiozzo Brasiola. In ogni caso l'accesso al servizio di consulenza psicologica da parte di utenti minorenni avverrà solo tramite consenso informato, debitamente sottoscritto da entrambi i genitori. Gli utenti maggiorenni firmeranno il consenso informato alla prestazione all'inizio del colloquio.

**Scopi:** Il Centro di Informazione e Consulenza/Sportello Ascolto è uno spazio di ascolto, guidato da professionisti. Lo Sportello è uno spazio aperto a tutti gli studenti dove trovare qualcuno con cui confrontarsi e poter parlare liberamente e con la massima discrezione e riservatezza al fine di trovare risposte e soluzioni utilizzando fondamentalmente le proprie risorse personali. Viene offerto un servizio di ascolto e consulenza psicologica senza attuare nessuna forma di terapia. I colloqui di consulenza saranno volti, quindi, a favorire il benessere e la risoluzione delle criticità e dei conflitti in ambito educativo e scolastico (es. criticità relazionali tra studenti, criticità relazionali tra studenti e insegnanti, demotivazione allo studio, crisi nella scelta scolastica, criticità nell'integrazione nel gruppo classe, fenomeni di emarginazione o di bullismo, problemi disciplinari...). In fine, lo Sportello si propone di costituire un punto di riferimento immediato come prima risposta a problematiche di varia natura e, quando utile, di promuovere l'orientamento e l'invio verso servizi del territorio.

**Limiti:** I colloqui potrebbero in alcuni casi rivelarsi inefficaci e non in grado di produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura della psicologa informare adeguatamente l'utente e valutare assieme a lui l'interruzione della consulenza o l'invio verso altri servizi del territorio.

**Durata delle attività:** I colloqui avverranno in presenza, preferibilmente nella giornata del martedì, dalle 9.30 alle 14.30. Ogni colloquio avrà la durata indicativa di 35-40 minuti. Si prevedono in genere fino a 5 colloqui per utente in relazione alle esigenze specifiche; si valuterà comunque caso per caso.

Le professioniste, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologiveneto.it](http://www.ordinepsicologiveneto.it).

In particolare, ogni professionista è tenuta al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

Potrà tuttavia condividere con il Coordinatore Didattico le informazioni strettamente necessarie, come da accordi intercorsi tra psicologa e utente, al fine di migliorare il percorso educativo nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento del servizio, nell'ottica della massima tutela psicologica della persona interessata.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

#### **NOTE FINALI**

La dott.ssa Claudia Squizzato e la dott.ssa Piera Murralli sono titolari del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dalla Scuola Liceo Maria Ausiliatrice e pongono la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

**Luogo e data**

Padova, 21.10.2022

**Firma delle Professioniste**

Piera Murralli  
Claudia Squizzato

**DA FIRMARE E CONSEGNARE AL COORDINATORE DI CLASSE ENTRO LUNEDÌ 24 OTTOBRE 2022**

**Per le sottoscrizioni della persona assistita scegliere la tipologia appropriata**

**STUDENTI MAGGIORENNI**

La studentessa / Lo studente / La signora / Il signor ..... 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 Claudia Squizzato o dalla dott.ssa Piera Murrari. Inoltre dichiaro di aver preso visione della circolare della Scuola n. \_\_\_ del \_\_\_ e di aderire alle linee guida del progetto "Sportello di ascolto psicologico".

**Luogo e data**

**Firma**

**STUDENTI MINORENNI: ATTENZIONE COMPILARE DA PARTE DI ENTRAMBI I GENITORI**

Il/La Sig./ra ..... genitore del/la minore .....

Nato/a 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 Claudia Squizzato o dalla dott.ssa Piera Murrari. Inoltre dichiaro di aver preso visione della circolare della Scuola n. \_\_\_ del \_\_\_ e di aderire alle linee guida del progetto "Sportello di ascolto psicologico".

**Luogo e data**

**Firma**

Il/La Sig./ra ..... genitore del/la minore .....

Nato/a 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 Claudia Squizzato o dalla dott.ssa Piera Murrari. Inoltre dichiaro di aver preso visione della circolare della Scuola n. \_\_\_ del \_\_\_ e di aderire alle linee guida del progetto "Sportello di ascolto psicologico".

**Luogo e data**

**Firma**

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minorenni.....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 Claudia Squizzato o dalla dott.ssa Piera Murrari. Inoltre dichiaro di aver preso visione della circolare della Scuola n. \_\_\_ del \_\_\_ e di aderire alle linee guida del progetto "Sportello di ascolto psicologico".

**Luogo e data**

**Firma del tutore**