

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E PER LE ATTIVITÀ PRESSO L'ISTITUTO SCOLASTICO E/O ONLINE PREVISTE PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

I sottoscritti dott.ssa Lacerenza Erica e dott. Cardone Fabio, Psicologi, iscritti all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 3661 e n. 4527, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto per l'Autismo istituito presso la S.S.S. 1° Grado "Gen. E. BALDASSARRE" di Trani, fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello sportello di Ascolto per l'Autismo, come da accordo tra la Società Cooperativa Sociale S.I.V.O.L.A.-E.T.S. e la S.S.S. 1° Grado "Gen. E. BALDASSARRE" di Trani saranno come di seguito finalizzate:

- garantire, con la condivisione delle competenze, esperienza e professionalità sull'autismo all'interno del contesto scuola
- diffondere la cultura dell'inclusione degli alunni con disturbi dello spettro autistico nella scuola e nel territorio
- raccogliere, documentare esperienze, buone prassi, strumenti, informazioni, risorse da mettere a disposizione su tutto il territorio;
- Offrire colloqui psico-pedagogici di approccio cognitivo-comportamentale rivolti al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie finalizzati a informare circa la condizione dello Spettro Autistico, sostenere e guidare nell'individuazione di strategie volte al benessere e al miglioramento della qualità di vita;
- offrire agli insegnanti formazione e consulenza educativa-didattica per realizzare interventi di integrazione e di inclusione degli alunni con disturbi dello spettro autistico.

La consulenza fornita ha carattere consulenziale/informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico come da Protocollo sopra citato.

Gli Psicologi sono tenuti al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.psicologipuglia.it> che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge. Il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Non è definibile a priori la durata complessiva dell'intervento.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto per l'Autismo, 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), consultabile sul sito della Scuola, il cui titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico.

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

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI (da compilare da parte dei genitori)

La Sig.ra identificata mediante documento:
_____ n° _____

madre del/della minorenni.....

Classe.....

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 dagli psicologi Lacerenza E. e Cardone F. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. identificato mediante documento:
_____ n° _____

padre del/della minorenni.....

Classe.....

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 dagli psicologi Lacerenza E. e Cardone F. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

identificato/a mediante documento: _____ n° _____

nata/o a..... il ___/___/___

Tutore del/della minorenni..... classe.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dagli psicologi Lacerenza E. e Cardone F presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore