**SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO A.S. 2020/2021**

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto dott. Luca Serroni, Psicologo, iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo n. 2121, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico istituito presso il Centro Provinciale Istruzione Adulti CPIA Provincia Teramo, fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello Sportello di Ascolto Psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e ai genitori/tutori, come da Protocollo d’Intesa tra il MIUR e il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, saranno come di seguito finalizzate:

* fornire un supporto psicologico attraverso colloqui per rispondere a traumi e disagi derivati dall’emergenza COVID-19;
* fornire assistenza psicologica per prevenire l’insorgere di forme di disagio sociale, malessere psico-fisico, stress lavorativo, difficoltà relazionali;
* incrementare il benessere psicologico, individuale e relazionale, l’efficacia della comunicazione, acquisire consapevolezza dei propri modi di agire, rinforzare le competenze emotive, sociali e cognitive, migliorare la qualità della vita.

Le prestazioni verranno rese, a seconda delle diposizioni normative vigenti, oltre che presso le sedi dell’Istituto, nel rispetto del protocollo COVID, anche attraverso la piattaforma online Microsoft Teams utilizzando videochiamate su pc, tablet o smartphone.

Si precisa che la consulenza psicologica fornita, anche online, ha carattere consulenziale/informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico come da Protocollo sopra citato.

Le consulenze anche a distanza devono avvenire per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. I colloqui non verranno né dovranno essere registrati né in audio né in video. Il dott. Luca Serroni non è, comunque, responsabile in alcun modo dell’uso fraudolento ed illecito della piattaforma e dei relativi servizi che possa esser fatto da parte di terzi.

Lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l’altro, impone l’obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell’utente 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.

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all’indirizzo mail:**

[**serroni.luca@cpiate.onmicrosoft.com**](mailto:serroni.luca@cpiate.onmicrosoft.com)

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

Lo/La studente/studentessa Il/La Sig./Sig.ra………………………………….... nato/a a ........................................……… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Sede………………….Corso………………………………….. Livello……………………..

(per gli studenti) CPIA Provincia Teramo,

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Luca Serroni presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data Firma

…………………………………………… .…………………………………..………….

***MINORENNI***

I sottoscritti……………....................................................... e .................................................................................. in qualità di genitori/genitore affidatario/tutore dell’alunno/a…………………………………………………………………………….

nato/a a ........................................……… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Sede…………………………………Corso……………………………….Livello……………….. CPIA Provincia Teramo,

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Luca Serroni presso lo Sportello di Ascolto Psicologico.

Luogo e data Firma di entrambi genitori/affidatario/tutore

…………………………………………… .………………………………………………………..………….

(\*) Firma di entrambi genitori anche se separati/divorziati. Qualora l’autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intenderà che l’autorizzazione sia stata condivisa dai genitori. *Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:*

**Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Firma del genitore

…………………………………………….