



ISTITUTO COMPRENSIVO PIETRASANTA 1

Via Garibaldi,72 - PIETRASANTA(Lu)

Tel. 0584-793975 C.F. 82008190462

e-mail : LUIC83400B@ISTRUZIONE.IT –

Sito Web: www.pietrasanta1.edu.it



CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

I sottoscritti Iacopo Bertacchi e Maria C. Esposito, Psicologi e Psicoterapeuti, iscritti all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Toscana rispettivamente al numero 3836 e 3397 (bertacchi.i@pietrasanta1.edu.it e esposito.m@pietrasanta1.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Sportello Ascolto istituito presso I. C. Pietrasanta 1 forniscono le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso il plesso di Scuola secondaria Barsanti. Nell'eventualità di sospensione delle lezioni in presenza per periodi prolungati, o per impossibilità a recarsi presso la sede dell'Istituto e su specifica richiesta, i colloqui potranno essere svolti in modalità telematica attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate (verrà utilizzata la piattaforma in uso presso l'istituto) e il possesso delle competenze nel loro uso, nel pieno rispetto delle misure di sicurezza. I colloqui a distanza non dovranno essere audio-video registrati. Durante i colloqui non dovranno essere presenti terzi non visibili nella stanza dello psicologo e dell'utenza

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

(a) Tipologia d'intervento: attività di ascolto e supporto psicologico, attraverso la tecnica del colloquio e degli interventi all'interno del gruppo classe. I colloqui sono rivolti a studenti, genitori insegnanti e personale A.T.A. Eventuali interventi nelle classi saranno richiesti e concordati tra i docenti e il professionista.

(b) Modalità organizzative: l'accesso allo Sportello avverrà, per gli alunni attraverso una richiesta agli insegnanti di classe e dopo aver consegnato il modulo con il consenso di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale; per quanto riguarda i genitori e gli insegnanti, contattando l'indirizzo bertacchi.i@pietrasanta1.edu.it e esposito.m@pietrasanta1.edu.it, concordando i tempi e le modalità del colloquio. I colloqui si svolgeranno nel rispetto della privacy degli utenti.

(c) Scopi: l'obiettivo dell'intervento è la promozione della salute e del benessere psico-fisico.

(d) Limiti: L'attività dello Sportello di Ascolto non ha finalità terapeutiche o diagnostiche e non costituisce attività psicoterapeutica. I colloqui hanno una durata massima di 45 minuti.

(e) Durata delle attività: Le attività di ascolto e supporto psicologico avranno inizio in data 24/03/2023.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile on line sul sito dell'Ordine Psicologi Toscana www.ordinepsicologitoscana.it

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. In merito alla protezione dei dati personali ex D.Lgs. n. 196/2003 e Ex Regolamento UE 2016/679, il Dirigente, il quale in qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo Pietrasanta 1 esercita la titolarità del trattamento dei dati personali, ha designato il Dott. Iacopo Bertacchi e la Dott.ssa Maria C. Esposito, in qualità di Psicologi Esperti esterni all'Istituto, quali soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali necessario per il corretto e necessario svolgimento delle attività disciplinate dal contratto stipulato tra l'istituto e il Dr Bertacchi e la Dott.ssa Esposito.

Luogo e data, Pietrasanta 24/03/2023

Il Professionista (firma) F.to Dott.ssa Maria C. Esposito
Dott. Iacopo Bertacchi



ISTITUTO COMPRENSIVO PIETRASANTA 1

Via Garibaldi,72 - PIETRASANTA(Lu)
Tel. 0584-793975 C.F. 82008190462
e-mail : LUIC83400B@ISTRUZIONE.IT -
Sito Web: www.pietrasanta1.edu.it



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

I MODULI DEVONO ESSERE COMPILATI DA ENTRAMBI I GENITORI O ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

MINORENNI

La Sig.ramadre del minorene.....classe.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
CF N° Documento identità.....
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 dal... dott. ..Iacopo Bertacchi/Maria C. Esposito.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....classe.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
CF N° Documento identità.....
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 dal dott.Iacopo Bertacchi/Maria C. Esposito.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

LaSig.ra/IlSig.....nata/o a.....
il ___/___/___ Tutore del minorene.....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 dal... dott. ..Iacopo Bertacchi/Maria C. Esposito.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore