

	<p style="text-align: center;">ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "VINCENZO GERACE" - CITTANOVA (RC)</p> <p style="text-align: center;">LICEO CLASSICO  LICEO ARTISTICO</p> <p style="text-align: center;">1944 MMDCXCVII</p> <p style="text-align: center;"><i>"Sempre mi sta nel cuore una foresta in fra l'oro del sole meridiano"</i></p>	
	<p style="text-align: center;">Piazza San Rocco - 89022 CITTANOVA (RC)-Tel. 0966-439113 Fax 0966-439116 C.F: 82001760808 rcis02300n@istruzione.it; www.iisvgerace.gov.it</p>	

Prot. N° 609 / IV.5

Cittanova lì 08/02/2023

Agli Alunni, ai Genitori,
al Personale ATA, ai Docenti,
Liceo Classico - Liceo Artistico
SEDE

OGGETTO: attivazione "Sportello di Ascolto".

Da sabato 11 febbraio 2023 sarà attivato lo "Sportello di Ascolto" aperto ad Alunni, Genitori, Personale Scolastico e Docenti.

Nell'ambito di tale attività sono previsti, il sabato, a settimane alterne, presso la scuola, incontri/colloqui con la psicologa dott.ssa V. Fera.

Gli interessati potranno rivolgersi ai docenti referenti M.G. Lamanna (per il Liceo Classico) e C. Calderazzo (per il Liceo Artistico).

Per gli studenti minorenni l'incontro con la psicologa è subordinato alla presentazione della liberatoria (secondo il modello allegato) da parte dei genitori.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria Antonella Timpano
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
Ex art.3, c.2, D. Lgs n. 39/1993

CONSENSO INFORMATO IN PSICOLOGIA SCOLASTICA

VERSIONE PER PERSONE MINORENNI

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Residente in

Indirizzo

C.F.

Mobile

E-mail

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Residente in

Indirizzo

C.F.

Mobile

E-mail

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario _____ nei confronti del figlio _____ C.F.: _____ da parte della Dott.ssa

VINCENZA FERA Psicologa/Psicoterapeuta, iscrizione Albo professionale degli Psicologi della Calabria n. **1578**.

In caso di sostegno psicologico:

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di _____, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;

3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;

4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

Oppure per le prestazioni erogate a distanza:

7.1 la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento _____
(indicare se telefono, Skype, Zoom ecc.);

7.2 Il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.

7.3 Durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il professionista e chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet.

6. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi. Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il tutore

Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni,

presta/prestano il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di

Luogo e data

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Firma tutore

Sig./Sig.ra _____

Firma del professionista