



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"DE FILIPPO - DE RUGGIERO"**

Via Vittorio Veneto - 80031 - Brusciano (NA) – Tel./Fax: 081/8862604

E-mail: NAIC8EK00N@istruzione.it – Posta certificata: NAIC8EK00N@pec.istruzione.it

Sito web: <http://www.icdefilippoderuggiero.edu.it/> Cod. Fis.: 92044590633

Avviso n. 95 Prot. n. 173 del 23/01/2021

Alle Famiglie
Ai Docenti
Al personale A.T.A.
Al DSGA
Agli Atti
Al sito web dell'I.C. De Filippo – De Ruggiero

Oggetto: Pubblicazione consenso informato e autorizzazione per attività di supporto psicologico – Progetto “Sportello psicologico sul tema COVID 19”

In riferimento al progetto in oggetto, si pubblica il consenso informato e l'autorizzazione per la partecipazione alle attività di supporto psicologico.

Pertanto, tutte le attività di sportello individuale e di gruppo rivolte ad adulti e alunni verranno svolte solo in seguito al ricevimento di un'autorizzazione scritta che nel caso di minori dovrà essere firmata da entrambi i genitori di ciascun alunno.

Sarà necessario, dunque, far pervenire alla Dott.ssa Mariangela Caccavale l'autorizzazione dei genitori o del tutore/tutrice per i minorenni e l'autorizzazione per i maggiorenni in caso di genitori o personale nel momento in cui sia richiesto il supporto individuale.

Il modulo di autorizzazione andrà compilato, stampato e sottoscritto con firma autografa e trasmesso, unitamente alla copia del documento di identità del genitore/del maggiorenne, alla mail della psicologa a questo indirizzo: mariangela_caccavale@libero.it.

Per la modalità e l'orario dell'incontro individuale si verrà contattati direttamente dalla dott.ssa Caccavale.

Si ringrazia della fattiva collaborazione.

Allegato:

- Consenso informato e autorizzazione

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

La sottoscritta dott.ssa CACCAVALE MARIANGELA Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania n. 2669, (Cell: 3392182204, Mail: mariangela_caccavale@libero.it; Pec: mariangelacaccavale@psypec.it; Studio: Via Jacopone da Todi, n. 1 – 80035 Nola (NA)) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l' I.C. De Filippo – De Ruggiero di Bruscianno fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in modalità online e/o in presenza presso l' I.C. De Filippo – De Ruggiero di Bruscianno.

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

- a) tipologia d'intervento: SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO PER EMERGENZA COVID-19
- b) scopi: BENESSERE PSICOLOGICO DI BAMBINI, RAGAZZI, GENITORI E PERSONALE SCOLASTICO
- c) durata delle attività: da GENNAIO ad APRILE 2021

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

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

MAGGIORENNI

Il Signor/la Sig.rain qualità didichiara 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 CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 dalla dott.ssa CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenne.....

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 dalla dott.ssa CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

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

il ___/___/___

Tutore del minorenne.....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 dalla dott.ssa CACCAVALE MARIANGELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore