

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPAZIO DI ASCOLTO PER PERSONE ADULTE****PROGETTO - HO A CUORE  - LA PSICOLOGIA A SCUOLA**

Anno scolastico 2020 – 2021

Lo Spazio di Ascolto, nell'ambito delle attività previste dal Protocollo d'Intesa tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale degli Psicologi per il supporto psicologico nelle scuole, ha lo scopo di promuovere e tutelare la salute e il benessere di persone, gruppi e comunità.

Offre una consulenza breve e focalizzata che, attraverso un ascolto empatico e non giudicante, è finalizzata ad accogliere la Persona nelle difficoltà che sta vivendo, in qualità di genitore, insegnante o personale scolastico. Alcuni motivi per rivolgersi allo Spazio di Ascolto sono: il confronto su preoccupazioni, paure e incertezze, connesse all'emergenza coronavirus, difficoltà emotive o relazionali del bambino/a in generale, dubbi su aspetti educativi nel ruolo di genitore, difficoltà scolastiche, problemi nella gestione della classe e stress lavorativo nel ruolo di insegnante, e altro ancora. L'obiettivo è quello di mobilitare le risorse della Persona e fornire iniziali strumenti per la gestione del problema.

La sottoscritta dott.ssa Enza Galante, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia al n.232, e-mail psicologiascuola@istitutocomprensivodellevallimedunacosarzano.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Spazio di Ascolto, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese da remoto (colloqui video tramite la piattaforma ZOOM) nelle giornate di lunedì ore 10.00-12.30 e giovedì ore 16.00-18.30 o in altri orari da concordare.
- 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.psicologifvg.it.
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Spazio 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 e compilare con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista

dott.ssa Enza Galante

La/il Sig.ra/Sig.
nata/o 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 consenso affinché ci si avvalga delle prestazioni professionali dalla dott.ssa Enza Galante presso lo Spazio di Ascolto.

Luogo e data

Firma