# Sportello d’Ascolto CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

La sottoscritta dott.ssa Monica Fazio, Psicologa iscritta all’Ordine degli Psicologi della Calabria con n. 1581, rende le proprie prestazioni quale professionista, nell’ambito del servizio di assistenza psicologica previsto nell’Istituto avviato per rispondere al disagio provocato dalla condizione epidemiologica covid-19, in favore di:

* Studenti/sse;
* Personale scolastico;
* Genitori. Condizioni del servizio:
	+ lo Psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l’obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell’utente;
	+ le prestazioni saranno rese in presenza presso idonei locali messi a disposizione della Istituzione scolastica;
	+ le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme all’utente, la domanda d’aiuto per poi concordare un percorso mirato al **supporto psicologico, affiancato a quello emotivo, relazionale e specialistico, promuovendo la salute ed il benessere psico- fisico**;
	+ gli strumenti principali di intervento saranno la “relazione” tra psicologo e l’utente, il colloquio avente l’obiettivo di fornire rassicurazioni e suggerimenti;
	+ la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori ma sarà di tipo breve (1-3 colloqui);
	+ la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta ed alla disponibilità dell’utente e del professionista;
	+ i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
	+ il servizio è erogato in forma gratuita.
	+ Mail della Psicologa cui inviare richiesta:

supportopsicologico@icsgatti-lameziaterme.edu.it

Si invita l’utente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/la

nato/a

il

residente in

 frequentante l’istituto (se studente) dichiara di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Dott.ssa Monica Fazio per come sopra descritte, accettandone i rischi connessi.

# IN CASO DI MINORENNI

Il/la Sig./Sig.ra \_ , nato/a il a

 in qualità di Genitore/ tutore del minore nato/a a

 il dichiara di accettare quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di far avvalere il/la proprio/a fglio/a delle prestazioni professionali della Dott.ssa Monica Fazio per come sopra descritte.

In fede

Luogo data

Firma