

# Sportello d’Ascolto CONSENSOINFORMATOCONSULENZAPSICOLOGICA

La sottoscritta dott.ssaMonica Fazio, Psicologaiscritta all’Ordine degliPsicologi della Calabriacon n. 1581, rende le proprie prestazioni quale professionista, nell’ambito del servizio di assistenzapsicologicaprevistonell’Istitutoavviatoperrisponderealdisagioprovocatodallacondizioneepidemiologicacovid-19,in favoredi:

* Studenti/sse;
* Personale scolastico;
* Genitori.Condizionidelservizio:
	+ lo Psicologo è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani,che prevede anche l’obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido edimostrabileconsensodell’utente;
	+ le prestazioni saranno rese in presenza presso idonei locali messi a disposizione dellaIstituzionescolastica;
	+ le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme all’utente, la domanda d’aiutoper poi concordare un percorso mirato al **supporto psicologico, affiancato a quelloemotivo, relazionale e specialistico, promuovendola salute ed il benessere psico-fisico**;
	+ gli strumenti principali di intervento saranno la “relazione” tra psicologo e l’utente, ilcolloquioavente l’obiettivo di fornire rassicurazioniesuggerimenti;
	+ la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori ma sarà di tipobreve(1-3 colloqui);
	+ ladurataelafrequenzadegliincontrisaràvalutatainbaseallarichiestaedalladisponibilitàdell’utente edel professionista;
	+ ibeneficieglieffetticonseguibilimedianteunaconsulenzapsicologicasonoilmiglioramentodel benesserepsicologico e relazionale;
	+ ilservizioèerogatoinformagratuita.
	+ MaildellaPsicologacuiinviarerichiesta:

supportopsicologico@icsgatti-lameziaterme.edu.it

Siinvital’utentealeggereconattenzioneil contenutodelpresente moduloprimadisottoscriverlo.

Il/la

nato/a

il

residente in

 frequentantel’istituto(sestudente) dichiaradiavercompresoquanto qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioniprofessionalidellaDott.ssaMonicaFaziopercomesopradescritte, accettandonei rischi connessi.

# INCASODIMINORENNI

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

 inqualitàdiGenitore/tutoredelminore nato/aa

 il dichiaradiaccettarequantoquisopra riportato e decide con piena consapevolezza di far avvalere il/la proprio/a fglio/a delle prestazioniprofessionalidellaDott.ssaMonicaFaziopercomesopradescritte.

Infede

Luogodata

Firma