

Oggetto: AUTORIZZAZIONE ad usufruire dello Sportello di Ascolto e prestazioni in presenza e a Distanza (telefono, chat, videochiamata, videoconferenza)

Considerata l'impossibilità per cause di forza maggiore della possibilità di usufruire dello stesso servizio in presenza in diversi momenti dell'anno si richiede autorizzazione per la partecipazione, con le modalità concordate con la scuola e la specialista Dott.ssa Veronica Brambilla, Psicologa e Psicoterapeuta, ai servizi di:

□ **Counseling psicologico** (su richiesta dell'alunno o della famiglia)

➔ PER ALUNNI MAGGIORENNI:

NOME e COGNOME Classe..... nell'AS.....

➔ PER LO STUDENTE MINORE

NOME e COGNOME Classe..... nell'AS.....

I sottoscritti (madre) (padre)

in qualità di esercenti la patria potestà sul minore regolarmente iscritto nell'A.S. in corso presso L' Istituto FUMAGALLI di CASATENOVO

Si precisa che i termini dell'intervento, in conformità ai principi espressi negli art. 6, 7, 11 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, seguiranno, le linee guida per le prestazioni a Distanza fornite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi " *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web, 2017* " e consultabili al sito: https://d66rp9rxjtwy.cloudfront.net/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR-1.pdf, in cui sono esplicitati i seguenti punti: struttura e la durata (tempi) dei servizi forniti, i rischi potenziali, le limitazioni dei rispettivi mezzi di comunicazione utilizzati e per i quali il servizio sarà/ può essere fornito on line, l'affidabilità della connessione on line, le attrezzature tecnologiche e le competenze, i limiti riguardo la comunicazione e la possibilità per le incomprensioni che potrebbero verificarsi, le regole di partecipazione/termine e le politiche di cancellazione, così come le alternative all'intervento psicologico online, la tenuta dei registri (come e dove le informazioni personali saranno registrate e conservate e chi avrà accesso ad esse), le strategie di gestione del rischio, le tasse, le misure di sicurezza adottate, le disponibilità (tempi e modalità) ad essere contattati e di accettare l'intervento concordato con il professionista incaricato.

Si richiede, considerata la minore età dei destinatari del progetto, l'autorizzazione di entrambi i genitori alla fruizione dei servizi elencati e alla condivisione dei dati generali emersi dagli incontri di classe, se previsti, con i docenti. È necessaria la firma di entrambi i genitori, anche se separati o in caso di affidamento esclusivo, se esercenti la potestà genitoriale. Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di decesso/detenzione che va specificata nel presente modulo *. In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori ma comunque esercente la potestà genitoriale, per l'eventuale accesso ai servizi per cui è resa necessaria la liberatoria (sportello, osservazioni su caso singoli) il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza. Si garantisce l'accesso libero agli altri servizi per cui non è richiesta autorizzazione.

Relativamente allo sportello: Fermo restando la riservatezza del colloquio secondo la quale "lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale" (art. 11), i genitori autorizzano l'istituto a contattarmi in relazione a fatti e /o notizie che venissero riferite durante l'erogazione del servizio nel caso emergessero "gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi" (art.13) così come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera c) della legge numero 56/89, in data 15-16 dicembre 2006 e recepito dal Consiglio dell'Ordine della Lombardia in data 18 gennaio 2007, modificato negli artt. 23 e 40 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine in data 8 luglio 2009 a seguito di acquisizioni delle indicazioni del Garante, e modificato in data 5 luglio 2013.

Il MODULO dovrà essere consegnato prima della fruizione dei servizi

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO e CLASSE:

➔ **RICHIESTE PER ALUNNO MAGGIORENNE:**

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

Ad accedere ai servizi proposti fleggiati in apice

➔ **RICHIESTE PER IL MINORE:**

I genitori ACCONSENTONO NON ACCONSENTONO

Che il/la figlio/a acceda ai servizi proposti fleggiati in apice

Firma Madre:

Firma Padre:

Firma alunno maggiorenne

*specificare firma di un solo genitore per decesso/detenzione (non valido per irreperibilità o altre condizioni per cui rimanda alla procedura di cui sopra) _____

Data e luogo _____