**CONSENSO INFORMATO PER LE PRESTAZIONI DELLO**

**SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO ATTIVATO DA PROTOCOLLO MIUR E CNOP**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “MANTEGNA BONANNO” – PALERMO**

**NELL’AMBITO DELLA GESTIONE DELL’EMERGENZA DA PANDEMIA COVID-19**

**A cura della Dott.ssa Lavinia Cicero Psicologa e Psicoterapeuta**

La sottoscritta **dott.ssa LAVINIA CICERO**, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana con n. 6341 sez.A, tel. 3277531698 e 3479346926 indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria [laviniacicero@gmail.com](mailto:laviniacicero@gmail.com) o PEC – [lavinia.cicero.891@psypec.it](mailto:lavinia.cicero.891@psypec.it) rende noti i propri contatti prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANTEGNA BONANNO E PLESSI .

Le prestazioni saranno rese presso la sede centrale dell’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANTEGNA BONANNO E I PLESSI Infanzia Mantegna, Primaria Mantegna, Borsellino, Bonanno e le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a)Tipologia d'intervento: Servizio di ascolto e accoglienza telefonici, Colloqui di Accoglienza, Informazioni e Orientamento in merito alla gestione delle criticità correlate alla pandemia da Covid-19, Consulenza e supporto psicologico, Gruppi psicoeducativi (online/in presenza) rivolti a studenti, genitori, operatori scolastici e insegnanti; Eventuali attività informative-formative in classe integrate con le attività e i programmi degli insegnanti curriculari.

(b) Modalità organizzative: Colloqui in presenza, online e telefonici da concordare previo appuntamento il lunedì-mercoledì-venerdì mattina; La consulenza attivata è da ritenersi gratuita per l’utenza.

(c) Scopi: la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018).

(d) Limiti: Non saranno naturalmente effettuate diagnosi né percorsi psicoterapici come da definizione delle finalità dello sportello d’ascolto. Quei casi per i quali non sarà sufficiente il servizio dello sportello d’ascolto verranno opportunamente orientati verso il percorso e i servizi più adatti.

(e) Durata delle attività: avranno luogo nel corso dell’intera durata del progetto come da indicazioni MIUR e del CNOP.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, si impegna all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>.

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.

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente Insegnante/Personale Scolastico Genitore

Nome……………………………………Cognome…………………………….....................................................Nato a …………….………………………il.…./…./………e residente a……………………….......................

in via/piazza ………………………...................................................................................n.….…….....................

C.F……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Tel…………………………………….email…………………………

dichiara di essere informato di quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LAVINIA CICERO nell’ambito delle attività dello Sportello Psicologico.

Luogo e data Firma

***MINORENNI – ACCOGLIENZA E CONSULENZA***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………..

nata a ........................................…………………………..……………………………………il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza …...…………………………...................................................................................n.….…….............

C.F…………………………………………………………………………………………………………………

Tel…………………………………………………………..email…………………………………………………

Dichiara di essere informato di quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LAVINIA CICERO, sia in sua presenza che ove concordato in autonomia, nell’ambito delle attività di accoglienza, ascolto e consulenza dello Sportello Psicologico.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne……………………………………….

nato a .......................................…………………………………………………………………il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza …...…………………………...................................................................................n.….…….............

C.F…………………………………………………………………………………………………………………..

Tel…………………………………………………………..email…………………………………………………

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 LAVINIA CICERO, sia in sua presenza che ove concordato in autonomia, nell’ambito delle attività di accoglienza, ascolto e consulenza dello Sportello Psicologico.

Luogo e data Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA - ACCOGLIENZA E CONSULENZA***

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/piazza…..……………………...................................................................................n.….…….............

C.F…………………………………………..Tel……………………….email……………………………………

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinchè il minore possa accedere alle prestazioni professionali dalla dott. ssa LAVINIA CICERO , sia in sua presenza che ove concordato in autonomia, nell’ambito delle attività di accoglienza, ascolto e consulenza dello Sportello Psicologico.

Luogo e data Firma del Tutore

***MINORENNI MODULO ATTIVITA’ FORMATIVE-INFORMATIVE DI CLASSE***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………..

nata a ........................................…………………………..……………………………………il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza …...…………………………...................................................................................n.….…….............

C.F…………………………………………………………………………………………………………………

Tel…………………………………………………………..email…………………………………………………

Dichiara di essere informato di quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LAVINIA CICERO, nell’ambito delle attività informative-formative (con finalità generali di promozione del benessere e della salute, di sviluppo delle competenze trasversali e di gestione della comunicazione, *life skills*, etc.) di gruppo integrate con le attività di classe e i programmi degli insegnanti curriculari.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne……………………………………….

nato a .......................................…………………………………………………………………il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza …...…………………………...................................................................................n.….…….............

C.F…………………………………………………………………………………………………………………..

Tel…………………………………………………………..email…………………………………………………

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 LAVINIA CICERO, nell’ambito delle attività informative-formative (con finalità generali di promozione del benessere e della salute, di sviluppo delle competenze trasversali e di gestione della comunicazione, *life skills*, etc.) di gruppo integrate con le attività di classe e i programmi degli insegnanti curriculari.

Luogo e data Firma del padre

**SCHEDA DI AUTODICHIARAZIONE UTENTI IN PRESENZA DELLO SPORTELLO**

**In considerazione dell’emergenza sanitaria in atto (Coronavirus COVID-19), a titolo precauzionale La preghiamo di compilare la presente scheda di autodichiarazione.**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO**

1. di non essere stato/a o di non essere a conoscenza di esserlo stato, in contatto stretto con una persona affetta da Coronavirus COVID-19;
2. di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Coronavirus COVID-19;
3. di non avere ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito ad un mio contatto stretto con una persona contagiata da Coronavirus COVID-19;
4. di non accusare, ad oggi, alcun sintomo influenzale (quali tosse, temperatura oltre 37,5°, difficoltà respiratorie), per quanto lieve.

Data

\_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY “CORONAVIRUS”**

**Base giuridica**

Art. 6 lett c) adempimento di un obbligo di legge: implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell’art. 1 comma 1 n. 9 del DPCM 11 marzo 2020.

Art. 9 par. II lett. g) GDPR e art. 2 sexies comma 2 lett. dd) D.Lgs. 101/18 in quanto il trattamento risulta necessario per motivi di interesse pubblico rilevante.

**Finalità del trattamento**

Prevenzione dal contagio da COVID-19.

**Dati Raccolti**

Dichiarazione ad oggetto temperatura corporea/sintomi influenzali, di provenienza/non provenienza dalle zone a rischio epidemiologico e di presenza/assenza di contatti, negli ultimi 14 giorni, con soggetti risultati positivi al COVID-19.