

LIBERATORIA - AUTORIZZAZIONE ad usufruire del servizio di Counseling

STUDENTI-GENITORI-DOCENTI

Considerata la necessità dell'intervento psicologico usufruire dello stesso servizio in presenza da parte di genitori o docenti, si richiede la partecipazione con le modalità che saranno concordate con la scuola e lo/la specialista :

Nome istituto: _____

- **RICHIESTE PER I SOLI INSEGNANTI/GENITORI/ALUNNI MAGGIORENNI:** l'insegnante/ Il/i genitore/i l'alunno maggiorenne
☐ **autorizza/no;** ☐ **non autorizza/no** a partecipare allo sportello con modalità in presenza/a distanza e alla condivisione delle relative informazioni con i docenti che lo specialista riterrà necessarie pur nel rispetto del segreto professionale

ALUNNO MAGGIORENNE nome e cognome.....

DOCENTEmateria.....

GENITORI del minore (counseling senza minore)

NOME ALUNNO Classe.....A.S.....

Nome genitore 1:nome genitore 2:

- **RICHIESTE PER IL MINORE :**Classe.....nell'A.S.
➤ Nome genitore 1:nome genitore 2:

I genitori, in qualità di esercenti la patria potestà sul minore regolarmente iscritto nell'A.S. in corso presso l'Istituto Rota di Calolziocorte

☐ **autorizzano;** ☐ **non autorizzano** che il/la figlio/a acceda allo sportello di ascolto per colloqui di consulenza psicologica in presenza e alla condivisione delle relative informazioni con i docenti che lo specialista riterrà necessarie pur nel rispetto del segreto professionale

☐ **autorizzano;** ☐ **non autorizzano** Interventi in classe in presenza e alla condivisione delle relative informazioni con i docenti che lo specialista riterrà necessarie pur nel rispetto del segreto professionale

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, in caso di prestazioni a distanza esclusivamente per genitori e docenti, 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://d66p9xjwtyw.cloudfront.net/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR-1.pdf. Le prestazioni in presenza verranno erogate come da normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni dell'Ordine degli Psicologi regionale

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 emersi 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*. Per le condizioni di irreperibilità di un genitore che conserva la potestà genitoriale è necessaria la consultazione del Giudice tutelare da parte del genitore presente. 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 contattarli 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.

La liberatoria dovrà essere consegnata prima del colloquio, il professionista psicologo deve conservare una copia della stessa. La presente liberatoria è valida per tutti gli anni di permanenza del minore in questo istituto per le prestazioni psicologiche e pedagogiche del medesimo professionista: Dott.ssa Passoni Flavia

Firma genitore 1: _____ Firma genitore 2: _____

Firma alunno maggiorenne _____

Firma docente: _____

*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 _____