

Si comunica che, a rettifica della precedente organizzazione, il Progetto Sportello Psicologico è stato prorogato sino al 30 giugno. Inoltre non è stato programmato alcun calendario e per poter usufruire dello sportello basta prenotarsi alle seguenti mail:

Utenza	Dottoressa	Indirizzo e mail
Alunni Classi 1 – 2 e genitori più personale ATA	Miriam Mangiacapra	sportelloascolto2@itccaruso.edu.it
Alunni Classi 3 e genitori più personale docenti	Anna Di Guida	sportelloascolto1@itccaruso.edu.it
Alunni Classi 4 e 5 e genitori più alunni serale	Virginia Ciaravolo	sportelloascolto3@itccaruso.edu.it

Modalità di prenotazione:

Inviare e mail per richiesta prenotazione all'indirizzo della propria categoria, sarà poi cura della dottoressa, a voi interessata, a fissare appuntamento che sarà comunicato sempre via mail. Tutto sarà svolto nel rispetto della privacy.

Per gli alunni di età inferiore ai 18 anni prima di accedere devono copiare liberatoria, di seguito riportata, farla firmare da un genitore e inviarne foto sempre tramite e mail

CONSENSO INFORMATO MINORI

La sottoscritta _____,
nata _____ a _____ il _____
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della **madre**.]

Il sottoscritto _____,
nato _____ a _____ il _____
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del **padre**.]

Sono a conoscenza del fatto che:

- Per **prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
- La consulenza psicologica è finalizzata a potenziare il **benessere psicologico**;
- **Lo psicologo può derogare dal segreto professionale** solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del C.D. degli Psicologi italiani), per obbligo di referto (Art. 13 del C. D.), o per segnalazione a personale competente per eventuale presa in carico successiva.
- Che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle **regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge**.

Nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore:

_____,
nato/a _____ in _____
residente a _____ via _____ codice
fiscale _____

(indicare i dati del minore)

Forniscono il consenso allo svolgimento di colloqui clinici nell'ambito del supporto psicologico offerto dall'ITC Caruso, da svolgere con la Dott.ssa Myriam Mangiacapra (Ordine Psicologi della Campania N.7574).

Firma della madre

Firma del padre

Firma del tutore

Luogo e data

