COESIONE ITALIA 21-27 CALABRIA | Cofinanziato dall'Unione europea | REGIONE CALABRIA

MODULISTICA — All. 4 (Mod. 1), All. 5 (Mod. 2), All. 6 (Mod. 3)

Progetto "DISCUTIAMONE A SCUOLA" — Servizio di Psicologia Scolastica

PR Calabria FESR FSE+ 2021/2027 – Azione 4.k.1 · Modulistica di cui all'art. 29 delle Linee guida operative

All. 4 (Mod. 1) — CONSENSO INFORMATO SANITARIO — STUDENTE MINORENNE

Da acquisirsi ai sensi degli artt. 1 e 3 della L. 22 dicembre 2017, n. 219

Avvertenza per lo Psicologo. Il presente modulo è sottoscritto esclusivamente in sede di colloquio informativo, dopo che le informazioni della Parte I sono state rese personalmente dallo Psicologo. L'istituzione scolastica può renderlo conoscibile in anticipo alle famiglie, anche tramite registro elettronico, ai soli fini di consultazione e di preparazione all'incontro; non può essere trasmesso per la sola sottoscrizione (art. 16, commi 1 e 3, delle Linee guida). Copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali (All. 1) è consegnata contestualmente.

DATI IDENTIFICATIVI

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Servizio di Psicologia Scolastica — Presidio degli psicologi

Psicologo _____ — Iscrizione Albo n. _____ Ordine _____

Istituto scolastico _____ Classe/Sezione _____

Studente — Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Codice pratica (a cura dell'ASP) _____

PARTE I — INFORMAZIONI RESE

Il sottoscritto Psicologo dichiara di avere illustrato personalmente quanto segue.

1. Che cos'è il Servizio. Il Servizio di Psicologia Scolastica è attivato dall'Azienda Sanitaria Provinciale nell'ambito del progetto regionale "Discutiamone a scuola". Lo Psicologo è un professionista sanitario, iscritto all'Albo, incaricato dall'ASP. Non è un dipendente della scuola e non partecipa alle decisioni scolastiche che riguardano gli studenti.

2. Natura della prestazione. I colloqui individuali dello sportello di ascolto sono prestazioni sanitarie e richiedono il consenso informato di chi esercita la responsabilità genitoriale.

3. In che cosa consiste. Lo sportello di ascolto offre colloqui individuali, su richiesta dello studente, dei genitori o su segnalazione dei docenti. Sono finalizzati ad accogliere una difficoltà, comprenderla e, se necessario, orientare verso il servizio competente. Si svolgono in orario scolastico o extrascolastico presso l'ASP, in uno spazio riservato. La durata dei colloqui e il numero degli incontri non sono predeterminati: sono valutati dallo Psicologo in relazione alla situazione, in un percorso comunque orientato alla brevità.

3-bis. Le attività di gruppo sono cosa diversa. Gli incontri che lo Psicologo tiene in classe, con i genitori o con i docenti hanno natura informativa e formativa: servono a far conoscere il Servizio e a fornire informazioni su temi quali il benessere psicologico, le relazioni tra pari, il bullismo e il cyberbullismo, l'uso degli strumenti digitali. Non comportano l'impiego di tecniche psicologiche né la richiesta di parlare di esperienze personali, e non sono oggetto del presente consenso: per esse la scuola raccoglie una separata adesione al progetto.

4. Che cosa il Servizio non fa. Non eroga psicoterapia. Non somministra test, questionari o reattivi psicologici. Non rilascia certificazioni diagnostiche, comprese quelle relative a DSA, BES o disabilità, che restano di

competenza delle strutture sanitarie e delle équipe autorizzate. Non redige documenti destinati, anche indirettamente, a procedimenti giudiziari di qualsiasi natura. Non sostituisce i servizi sanitari specialistici, ai quali lo Psicologo può orientare.

4-bis. Certificazioni e attestazioni. Le certificazioni e le attestazioni previste dalla normativa vigente e rientranti nelle competenze del Servizio sono rilasciate solo su richiesta scritta e solo agli esercenti la responsabilità genitoriale o al tutore, salvo diversa disposizione di legge. È rilasciata, alle stesse condizioni, l'attestazione dell'avvenuto accesso, utile a giustificare l'assenza dalle lezioni: riporta solo data e orario, è consegnata a chi la chiede e non è trasmessa alla scuola. Nessuna certificazione, attestazione o relazione è rilasciata al Dirigente scolastico, ai docenti o ad altro personale della scuola, in nessun caso.

5. Riservatezza e suoi limiti. Lo Psicologo è tenuto al segreto professionale. Quanto emerge nei colloqui non è riferito alla scuola. Il segreto cede nei soli casi previsti dalla legge: quando lo Psicologo venga a conoscenza di reati perseguibili d'ufficio; in presenza di situazioni di grave pregiudizio per il minore; in presenza di rischio attuale per l'incolumità dello studente o di altri. In queste situazioni lo Psicologo informa i soggetti competenti e, di norma, gli esercenti la responsabilità genitoriale.

6. Rapporti con i genitori. Lo Psicologo informa i genitori, in presenza ovvero mediante colloquio sulla piattaforma regionale di telemedicina nelle fattispecie autorizzate, sull'andamento del percorso e su eventuali situazioni di particolare rilevanza, condividendo le sole informazioni necessarie e pertinenti e, quando possibile, preparando la comunicazione insieme allo studente. L'indirizzo e-mail è utilizzato esclusivamente per le comunicazioni organizzative relative alla fissazione degli appuntamenti.

7. Documentazione. Le prestazioni sono documentate in una pratica conservata nella documentazione sanitaria presso l'ASP, mai presso la scuola. Il presente consenso è inserito nella documentazione sanitaria e nel Fascicolo Sanitario Elettronico dello studente, secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

8. Ascolto dello studente. Lo studente minorenne riceve informazioni adeguate alla sua età, è ascoltato dallo Psicologo e la sua volontà è tenuta in debita considerazione. Se lo studente manifesta di non voler partecipare, l'attività non ha inizio o è interrotta, anche in presenza del consenso dei genitori.

9. Libertà di scelta e revoca. Il consenso è libero. Il rifiuto non comporta alcuna conseguenza. Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, in tutto o in parte, senza motivazione, e la revoca non pregiudica l'accesso futuro al Servizio.

10. Durata. Il presente consenso vale per l'anno scolastico _____ / _____ .

PARTE II — MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ

Accesso allo sportello di ascolto individuale: ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Il consenso non comporta alcun obbligo di accesso: lo sportello è utilizzato solo su richiesta dello studente o della famiglia.

PARTE III — SOTTOSCRIZIONE

I sottoscritti, esercenti la responsabilità genitoriale / tutore, dichiarano di aver ricevuto le informazioni della Parte I direttamente dallo Psicologo, di averle comprese, di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposta. Il consenso è prestato congiuntamente da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale ovvero dal tutore (art. 16, comma 7, delle Linee guida operative).

Campo	Genitore / Esercente 1 (ovvero Tutore)	Genitore / Esercente 2
Cognome e nome		

Luogo e data di nascita		
Codice fiscale		
Documento di identità (tipo e n.)		
E-mail / Recapito telefonico		
Firma		

Luogo e data _____

Firma dello Psicologo che ha reso l'informazione e raccolto il consenso _____

Revoca del consenso (da compilare in caso di revoca)

Il/I sottoscritto/i revoca/revocano il consenso prestato.

Data _____ Firma _____

Firma dello Psicologo per ricevuta _____

All. 5 (Mod. 2) — RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Avvertenza. Il presente modulo serve unicamente a chiedere un appuntamento. Non indicare il motivo della richiesta: sarà accolto e approfondito dallo Psicologo nel colloquio. Il modulo va consegnato in busta chiusa allo Psicologo o depositato nell'apposito contenitore. Non è consegnato ai docenti né conservato dalla scuola.

Istituto scolastico _____

Plesso _____ Data della richiesta _____

La richiesta è presentata da

☐ Studente — Cognome e nome _____ Classe/Sez. _____

☐ Genitore / esercente la responsabilità genitoriale / tutore

Cognome e nome _____

☐ per sé (colloquio individuale) ☐ per sé (colloquio di coppia genitoriale)

☐ in relazione al figlio/a _____ Classe/Sez. _____

☐ Docente / personale scolastico — Cognome e nome _____

☐ per richiedere una consulenza professionale sulla gestione della classe (attività non sanitaria, art. 24 delle Linee guida)

☐ per segnalare la situazione di uno studente:

Cognome e nome dello studente _____ Classe/Sez. _____

In caso di segnalazione relativa a uno studente, l'attivazione del percorso individuale resta subordinata alla verifica del consenso informato e, per gli studenti maggiorenni, alla libera richiesta dell'interessato. Il personale scolastico non è destinatario dello sportello di ascolto: le richieste che abbiano ad oggetto la propria condizione personale sono orientate al medico competente o ai servizi territoriali.

Contatti per la programmazione dell'appuntamento

Recapito telefonico _____ E-mail _____

Fasce orarie di preferibile disponibilità _____

Firma del richiedente _____

Spazio riservato al Servizio (da compilare in sede ASP)

Data di ricezione _____ Codice pratica _____

Esito: ☐ appuntamento fissato per il _____

☐ richiesta non pertinente — orientamento a _____

Firma dello Psicologo _____

COESIONE ITALIA 21-27 CALABRIA | Cofinanziato dall'Unione europea | REGIONE CALABRIA

All. 6 (Mod. 3) — CONSENSO INFORMATO SANITARIO — PERSONA MAGGIORENNE

Studente maggiorenne · Genitore · Coppia genitoriale — Da acquisirsi ai sensi dell'art. 1 della L. 22 dicembre 2017, n. 219

Avvertenza per lo Psicologo. Il modulo è sottoscritto esclusivamente in sede di colloquio, dopo che le informazioni della Parte I sono state rese personalmente dallo Psicologo. Copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali (All. 1) è consegnata contestualmente.

DATI IDENTIFICATIVI

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Servizio di Psicologia Scolastica — Presidio degli psicologi

Psicologo _____ — Iscrizione Albo n. _____ Ordine _____

Istituto scolastico di riferimento _____

Interessato 1 — Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Qualità: ☐ studente maggiorenne — Classe/Sez. _____ ☐ genitore / esercente la responsabilità genitoriale

☐ Colloquio di coppia genitoriale — secondo interessato (Interessato 2):

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Codice pratica (a cura dell'ASP) _____

PARTE I — INFORMAZIONI RESE

1. Che cos'è il Servizio. Il Servizio di Psicologia Scolastica è attivato dall'Azienda Sanitaria Provinciale nell'ambito del progetto regionale "Discutiamone a scuola". Lo Psicologo è un professionista sanitario iscritto all'Albo, incaricato dall'ASP, non dipendente dalla scuola.

2. Natura della prestazione. I colloqui di consulenza psicologica sono prestazioni sanitarie e richiedono il consenso informato dell'interessato.

3. In che cosa consistono. Colloqui individuali — ovvero, su richiesta, congiunti a entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale — finalizzati ad accogliere e definire una difficoltà, sostenere le risorse personali e, ove necessario, orientare verso il servizio competente. La durata dei colloqui e il numero degli incontri non sono predeterminati: sono valutati dallo Psicologo in relazione alla situazione, in un percorso comunque orientato alla brevità.

4. Che cosa il Servizio non fa. Non eroga psicoterapia. Non somministra test, questionari o reattivi psicologici. Non rilascia certificazioni diagnostiche. Non redige documenti destinati, anche indirettamente, a procedimenti giudiziari di qualsiasi natura.

4-bis. Certificazioni e attestazioni. Le certificazioni e le attestazioni previste dalla normativa vigente e rientranti nelle competenze del Servizio sono rilasciate solo su richiesta scritta dell'interessato, salvo diversa disposizione di legge. È rilasciata, alle stesse condizioni, l'attestazione dell'avvenuto accesso, utile a giustificare l'assenza dalle lezioni o dal lavoro: riporta solo data e orario, è consegnata a chi la chiede e non è trasmessa alla scuola. Nessuna certificazione, attestazione o relazione è rilasciata al Dirigente scolastico, ai docenti o ad altro personale della scuola.

5. Riservatezza e suoi limiti. Lo Psicologo è tenuto al segreto professionale. Nulla di quanto emerge nei colloqui è riferito alla scuola, al Dirigente scolastico o ad altri. Il segreto cede nei soli casi previsti dalla legge: conoscenza di reati perseguibili d'ufficio; situazioni di grave pregiudizio per un minore; rischio attuale per l'incolumità propria o altrui.

5-bis. Colloquio di coppia genitoriale (se barrato sopra). Il colloquio ha ad oggetto la relazione con il figlio e la funzione genitoriale, e non la relazione di coppia in quanto tale, che esula dalle finalità del Servizio. Quanto ciascuno riferisce in presenza dell'altro non è coperto da riservatezza nei confronti di quest'ultimo. La prestazione è documentata in un'unica pratica recante le generalità di entrambi. Ciascuno può in qualsiasi momento chiedere di proseguire individualmente.

6. Se la richiesta riguarda un figlio minorenne (per i genitori). Il colloquio riguarda l'interessato e non costituisce presa in carico del figlio. Lo Psicologo non formula valutazioni sul minore, sulle capacità genitoriali o sull'affidamento, e non redige documenti utilizzabili in procedimenti tra i genitori. Le informazioni raccolte non sono utilizzate in un eventuale percorso in corso con il figlio senza il consenso di quest'ultimo.

7. Il personale scolastico non è destinatario dello sportello. Il Servizio non eroga sostegno psicologico né consulenza psicologica individuale a dirigenti scolastici, docenti e personale ATA. Nei loro confronti sono previste le sole attività formative e informative di gruppo e la consulenza professionale sulla gestione della classe, che hanno natura tecnico-professionale e non sanitaria e non richiedono il presente consenso.

8. Documentazione. Le prestazioni sono documentate in una pratica conservata nella documentazione sanitaria presso l'ASP, mai presso la scuola. Il presente consenso è inserito nella documentazione sanitaria e nel Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

9. Libertà di scelta e revoca. Il consenso è libero, il rifiuto non comporta alcuna conseguenza, la revoca è possibile in qualsiasi momento senza motivazione e non pregiudica l'accesso futuro.

10. Durata. Il presente consenso vale per l'anno scolastico _____ / _____ .

PARTE II — MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ

Colloqui di consulenza psicologica: ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Il consenso non comporta alcun obbligo di accesso.

PARTE III — SOTTOSCRIZIONE

Il/I sottoscritto/i dichiara/dichiarano di aver ricevuto le informazioni della Parte I direttamente dallo Psicologo, di averle comprese, di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposta.

Luogo e data _____ Firma (Interessato 1) _____

Documento di identità (tipo e numero) _____

In caso di colloquio di coppia genitoriale, sottoscrive anche il secondo interessato:

Firma (Interessato 2) _____ Documento _____

Firma dello Psicologo che ha reso l'informazione e raccolto il consenso _____

Moduli predisposti in attuazione degli artt. 16 e 29 delle Linee guida operative del progetto "Discutiamone a scuola" – PR Calabria FESR FSE+ 2021/2027, Azione 4.k.1.