

C.I.C. – CENTRO INFORMAZIONE E CONSULENZA

In riferimento all'attivazione del Servizio C.I.C. – Centro di Informazione e Consulenza, si informa quanto segue:

- il servizio C.I.C., i cui dettagli sono consultabili sul sito dell'Istituto al link _____ è fornito dal Raggruppamento Temporaneo di Imprese composto dalla Coop. Soc. PARS "Pio Carosi" Impresa Sociale ETS (Capogruppo), dall'Associazione Glatad, dalla COOSS Marche Soc. Coop. Sociale e dalla Coop. Soc. Berta '80, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'AST Macerata ed è finanziato dalla Regione Marche. Il servizio è svolto attraverso l'impiego di professionisti psicologi che operano nel campo della prevenzione e della cura del disagio giovanile. Il servizio può essere svolto anche online ove si rendesse necessario;
- la relazione che si instaura con i ragazzi coinvolti non ha fini terapeutici, ma di consulenza, per aiutare gli stessi a individuare problemi e possibili soluzioni. Qualora il problema affrontato sia di rilevante entità clinica, il soggetto verrà gradualmente inviato ai servizi specialistici preposti, cercando di coinvolgere la famiglia.
- l'accesso al servizio è libero, gratuito e tutelato da riservatezza. Lo psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile online sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche: <http://www.ordinepsicologimarche.it/public/uploads/98943x91486.pdf>
- lo psicologo può derogare quest'obbligo in base a quanto previsto dagli art. 12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al servizio di consulenza saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze utili allo svolgimento del colloquio, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016)
- Il servizio sarà gestito dallo psicologo _____ iscritto all'Ordine degli Psicologi e individuata dal Raggruppamento Temporaneo di Imprese e dal Dipartimento Dipendenze Patologiche AST Macerata.
- L'Istituto _____ ricoprirà il ruolo di Autonomo Titolare del trattamento dei dati.

Per i maggiorenni compilare la parte sottostante

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ in Via _____ frequentante la classe _____
sezione _____ visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

FORNISCE IL CONSENSO

ai fini della partecipazione alle attività previste dal Servizio C.I.C. – Centro di Informazione e
Consulenza (barrare con una x) nelle seguenti modalità:

- Servizio di ascolto e consulenza individuale su base volontaria, anche in modalità online
ove si rendesse necessario
- Incontri in classe
- Ok per entrambi

Luogo e data, _____

Firma _____

Per i minorenni compilare la parte sottostante

I sottoscritti (madre/padre/tutore) _____ e _____,
esercanti la patria potestà dell'alunno dell'alunn_ _____,
frequentante la classe _____ sezione _____ indirizzo _____ visto e compreso
tutto quanto sopra indicato,

FORNISCONO IL CONSENSO

qualora l'alunn_ lo desiderasse, ai fini della partecipazione alle attività previste dal Servizio
C.I.C. - Centro di Informazione e Consulenza (barrare con una x) nelle seguenti modalità:

- Servizio di ascolto e consulenza individuale su base volontaria, anche in modalità online
ove _____ si rendesse necessario
- Incontri in classe
- Ok per entrambi

Luogo e data, _____

Firma (Madre) _____

Firma (Padre) _____

Firma (Tutore) _____