

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
PER L'ATTIVITA' LABORATORIALI IN CLASSE DELLA PSICOLOGA a.s. 2025/2026**

Gentili Genitori,

nell'ambito delle attività di promozione del benessere scolastico, la nostra scuola propone un progetto di laboratori psicoeducativi condotti dalla Psicologa Scolastica, rivolti agli alunni della classe di vostro/a figlio/a.

Tali incontri hanno l'obiettivo di favorire la consapevolezza e l'espressione delle emozioni, migliorare le relazioni tra pari e promuovere strategie di autoregolazione del comportamento, in un'ottica di prevenzione del disagio e di potenziamento delle competenze socio-emotive.

Le attività si svolgeranno in orario scolastico, in piccoli gruppi o con l'intera classe, attraverso modalità ludico-espressive, riflessive e cooperative, adeguate all'età degli alunni. Non si tratta di interventi clinici né di percorsi di valutazione psicologica individuale, ma di un progetto educativo e di prevenzione inserito nel contesto scolastico.

La partecipazione è volontaria e subordinata alla firma del consenso informato da parte dei genitori o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale.

Per tale ragione vi chiediamo gentilmente di compilare il modulo sottostante.

La sottoscritta dott.ssa Claudia Debortoli, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Veneto n. 5672, prima di rendere le prestazioni professionali presso i plessi scolastici dell'Istituto "Trebeschi", fornisce le seguenti informazioni.

Tipologia d'intervento

Attività di psico-educazione nel gruppo classe

Si informano i genitori del minore di quanto segue:

Modalità organizzative: il laboratorio avverrà in presenza, durante l'orario scolastico. L'attività in classe viene concordata esclusivamente con le insegnanti e calendarizzata in base alle esigenze organizzative delle docenti.

Scopi: gli interventi hanno l'obiettivo di promuovere benessere emotivo, favorire l'espressione delle emozioni e facilitare i processi emotivi/relazionali/comportamentali legati allo sviluppo evolutivo dei minori.

Strumenti: verranno proposte attività in grande gruppo e/o in piccolo gruppo. Gli strumenti utilizzati saranno: letture, schede di lavoro, circle time, discussioni di gruppo.

Durata delle attività: in ogni classe è previsto un intervento pari a 2/4 ore.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologiveneto.it.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

La sottoscritta dott.ssa Claudia Debortoli è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto "Trebeschi" e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

Claudia Debortoli

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Il/La Sig./ra MADRE del/la minore

.....

nato/a a il ____/____/____

e residente a

in via/.....n.....

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 Claudia Debortoli

Luogo e data

Firma

Il/La Sig./ra PADRE del/la minore

.....

nato/a a il ____/____/____

e residente a

in via/.....n.....

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 Claudia Debortoli

Luogo e data

Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o

a..... il ____/____/____

Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento,
Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

in via/piazza n

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Claudia Debortoli

Luogo e data

Firma del tutore