CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI OSSERVAZIONE NEL GRUPPO CLASSE a.s. 2026/27

Gentili Genitori,

nell'ambito delle attività di supporto psicologico offerte dal nostro Istituto, è previsto lo svolgimento di un'intervento di osservazione del gruppo classe, condotto dalla psicologa scolastica Dott.ssa Claudia Debortoli, finalizzato a rilevare dinamiche relazionali, atteggiamenti e comportamenti tra pari e nella relazione con le insegnanti.
Tale attività ha lo scopo di offrire una consulenza agli insegnanti per migliorare il clima relazionale della classe, favorire il benessere degli alunni e promuovere un contesto scolastico più inclusivo, collaborativo e sereno.
Per poter procedere con l'attività, è necessario acquisire il consenso informato da parte dei genitori o tutori legali.
Vi invitiamo pertanto a leggere con attenzione e, se d'accordo, a restituire firmato il modulo sottostante.

La sottoscritta dott.ssa Claudia Debortoli, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Veneto n. 5672, *Assicurazione Campi n. 505610972,* prima di rendere le prestazioni professionali presso i plessi scolastici dell'Istituto "Trebeschi", fornisce le seguenti informazioni.

Tipologia d'intervento

Osservazioni nel gruppo classe

Si informano i genitori del minore di quanto segue:

Modalità organizzative: l'attività avverrà in presenza, all'interno della classe, durante l'orario scolastico . L'intervento viene concordato esclusivamente con il corpo docente e calendarizzato in base alle esigenze organizzative delle insegnanti.

Scopi: Lo scopo è quello di condividere con il corpo docente strategie e metodologie per migliorare le dinamiche relazionali/comportamentali del gruppo classe.

Strumenti: lo strumento principale sarà l'osservazione sistematica. Non saranno somministrati test né effettuati colloqui individuali con gli alunni senza ulteriore specifico consenso.

Non saranno raccolti dati sensibili né verranno redatti profili individuali degli alunni.

Durata delle attività: l'intervento si svolgerà in un arco temporale di circa 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.

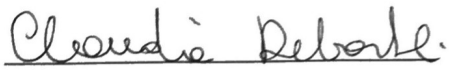
In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

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



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 minorenne.....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**