



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "PIETRO ALDI"
Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Piazza Dante Alighieri, 1 - 58014 Manciano (GR)
tel. 0564.628490

 GRIC82100A@istruzione.it

 GRIC82100A@pec.it

 GRIC82100A@pec.istruzione.it

CODICE MECCANOGRAFICO: GRIC82100A

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SUPPORTO PSICOLOGICO AS 25-26

La sottoscritta dott.ssa Felici Sabrina, Psicologa psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana e all'Ordine degli Psicologi del Lazio, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Pietro Aldi di Manciano fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le varie sedi dell'I.C. in accordo con la Dirigente Scolastica e le Fiduciarie di Plesso.

Le attività di supporto psicologico/sportello di ascolto saranno come di seguito organizzate:

Tipologia d'intervento:

- (a) Supporto psicologico, informazione, formazione e consulenza psicologica, orientamento.
- (b) Attività di osservazione in sezione/classe.
- (c) modalità organizzative: le modalità organizzative saranno concordate con la Dirigente e con i referenti scolastici in modo da rispondere alle specifiche esigenze e rispettare le attività didattiche. L'accesso allo sportello avverrà tramite prenotazione così da evitare inutili attese e tutelare al meglio la privacy. Per la prenotazione si darà la precedenza a chi desidera usufruire del servizio per la prima volta durante l'anno scolastico.
- (d) scopi: Promozione del benessere, prevenzione del disagio, individuazione precoce di situazione di malessere, riduzione dello stress, promozione della capacità di resilienza e *empowerment*, promozione della conoscenza di sé, delle dinamiche familiari e scolastiche, miglioramento delle capacità comunicative. Osservazioni sul gruppo classe a supporto dell'attività didattica e indicazioni a supporto della metodologia didattica.
- (e) limiti: L'attività dello sportello non può sostituire un percorso di psicoterapia e non ha avere gli obiettivi diagnostici o terapeutici; l'attività dello sportello potrebbe risultare inefficace in alcuni casi; l'accesso al servizio necessita di consenso informato firmato e di appuntamento; la psicologa dello sportello non potrà essere contattata per fissare appuntamenti nel suo studio privato; l'attività dello sportello è limitata alla sola durata del progetto e vincolata agli orari concordati con la Dirigente e i referenti scolastici.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine Nazionale.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE L'AUTORIZZAZIONE APPROPRIATA

Il/La Sig./Sig.ra.....genitore del
Minorenne

Nato/a a _____ il ___ / ___ / ___

e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sabrina Felici presso lo Sportello di ascolto/attività di osservazione in sezione/classe.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Il/La Sig./Sig.ra.....genitore del
minorenne.....

Nato/a a _____ il ___ / ___ / ___

e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sabrina Felici presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

PERSONE SOTTO TUTELA

Il/La Sig./Sig.ra Nato/a a il ___ /
_____ / _____

Tutore del minorenne _____ In ragione di (indicare provvedimento,
Autorità emanante, data e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sabrina Felici presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

Dichiarazione di consenso ai fini dell'art. 13 del D. LGS 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i sottoscritti

Genitore/tutore.....

Genitore/tutore.....

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del citato minore esprimono il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili di (nome del minore)

necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

..... Firma del padre

..... Firma della madre

Luogo e data

*** DA COMPILARE E CONSEGNARE AL COORDINATORE DI SEZIONE/CLASSE CHE AVRA' CURA DI CONSERVARLE.