

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE DI CONSULENZA PSICOLOGICA Dello SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO Scuola secondaria di primo grado – I.C. A.GRAMSCI – MULAZZANO -LO

La sottoscritta Dott.ssa Eleonora Piacentini (Iscrizione Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 9961), in qualità di professionista incaricata dello svolgimento delle attività di supporto psicologico presso l'I.C. Gramsci di Mulazzano, prima di rendere le prestazioni professionali, fornisce le seguenti informazioni:

- Le **finalità** del supporto psicologico offerto agli studenti sono orientate ad accogliere e supportare gli alunni nell'affrontare le difficoltà scolastiche e personali che si presentano durante il percorso di crescita; esso rappresenta un'occasione di confronto e riflessione per mettere a fuoco i problemi e le risorse necessarie per affrontarli. 31937
Nell'ambito del progetto "Spazio A" sportello di Ascolto sono altresì previste attività sulle classi finalizzate alla prevenzione del disagio, alla promozione del benessere e di un clima relazionale positivo e costruttivo tra alunni e con i docenti.
- I **colloqui** saranno orientati al **supporto, consulenza, mediazione** fra alunni, insegnanti e famiglie per garantire il diritto al benessere dell'alunno. Gli **interventi sulle classi** saranno modulati a seconda dell'obiettivo/tema dell'intervento preventivamente concordato con i docenti e saranno orientate ad attività di tipo **informativo, laboratoriali, simulazioni, role play e confronto** in gruppo. Lo psicologo condividerà con i docenti solo le informazioni strettamente necessarie alla comprensione delle dinamiche della classe e a favorire relazioni positive.
- Lo psicologo, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. A tal proposito si sottolinea il **carattere di riservatezza** degli interventi (Art.11 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani), pertanto né genitori, né insegnanti, né dirigente potranno essere informati in merito ai contenuti emersi dai colloqui individuali con gli alunni, salvo diversi accordi intercorsi tra professionista e studente.
- I dati personali e sensibili saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze di trattamento e nel rispetto della normativa vigente in relazione al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)
- I colloqui per gli studenti si svolgeranno **presso l'istituto** secondo un calendario prestabilito,
- La **modalità di accesso** degli studenti avviene su base spontanea inserendo la propria richiesta nell'apposito box, I docenti referenti del progetto provvederanno, nel rispetto della privacy dello studente, a fornire al professionista i nominativi.
- Affinché gli alunni possano accedere al servizio, è necessario che **entrambi i genitori** (o chi esercita la potestà genitoriale) **forniscano il proprio consenso informato** che è **revocabile in qualsiasi momento** segnalando per iscritto la scelta all'istituto alla mail loic80200p@istruzione.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE DI CONSULENZA PSICOLOGICA
Dello SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO - Scuola secondaria di Mulazzano "A.Gramsci"
a.s. 2022/2023

Per il/la minore _____ della classe _____

Padre _____ codice fiscale _____

Madre _____ codice fiscale _____

In qualità di GENITORI ESERCENTI LA POTESTA' GENITORIALE ricevute e comprese le informazioni in merito alle modalità di svolgimento e finalità del servizio di consulenza psicologica scolastica

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

affinché il proprio/a figlio/a possa usufruire delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Eleonora Piacentini e previste dallo sportello di ascolto psicologico

Firma madre _____

Firma del padre _____

(è necessaria la firma di entrambi i genitori)

MINORI SOTTO TUTELA

La sig.ra/ Il sig. _____

nato a _____ il _____

Residente a _____

In qualità di **TUTORE** legale del minore (Indicare il Provvedimento, l'autorità emanante, data e numero)

Visto e compreso quanto sopra indicato, avendo ricevuto informazioni adeguate in relazione a finalità e modalità di svolgimento **FORNISCE IL CONSENSO** **NON FORNISCE IL CONSENSO**

affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Eleonora Piacentini presso lo Sportello di ascolto psicologico

Luogo e data _____

Firma del tutore _____