

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PREVISTE PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO PRESSO L'ITI GALILEO FERRARIS

Le attività dello sportello di Ascolto e Sostegno psicologico a cura della Prof.ssa Paola Continisio, docente dell'Istituto, sono finalizzate a:

- favorire le modalità di fronteggiamento per gestire lo stress, legato al superamento dei compiti di sviluppo;
- prevenire i fenomeni di demotivazione allo studio e di abbandono scolastico;
- favorire il processo di orientamento scolastico;
- offrire uno spazio di confronto, analisi e riflessione per "poter pensare" le proprie esperienze emotive e relazionali, migliorandone la comprensione e la possibilità di rappresentarle mentalmente;
- attivare processi di empowerment e di potenziamento delle risorse personali, mirando allo sviluppo di un positivo concetto di sé e di fiducia nelle proprie possibilità.

La consulenza psicologica non comprende pratiche di attività psicodiagnostica e psicoterapeutica, ma ha carattere consulenziale/informativo e non costituisce una psicoterapia o intervento clinico.

L'accesso allo Sportello è di massimo 3 incontri con la durata variabile dai 30 ai 45 minuti.

Il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale.

Lo psicologo, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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), il cui titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, allegando copia/e documenti di identità.

MINORENNI (da compilare da parte di entrambi i genitori)

La Sig.ra identificata mediante documento:
 n°

madre del/della minorenni.....

Classe.....nato/a a il ___/___/___

e residente a in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso tutto quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Prof.ssa Continisio Paola presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. identificato mediante documento:
 n°

padre del/della minorenni.....

Classe.....nato a il ___/___/___

e residente a in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso tutto quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Prof.ssa Continisio Paola presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/

identificata/o mediante documento: n°

classefermo restando il consenso delle figure familiari/tutoriali, dichiara di aver compreso tutto quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Prof.ssa Continisio Paola presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma dello studente

Firma del genitore

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

identificato/a mediante documento: n° nata/o

a..... il ___/___/___

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

residente a in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso tutto quanto sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché lo/la studente possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Prof.ssa Continisio Paola presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore