



CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO –Scuola Secondaria

LO SPORTELLO DELLE OPPORTUNITA': lo psicologo a scuola

La sottoscritta dott.ssa Carla Sorace, Psicologa, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi, indirizzo email carlasorace@inwind.it e la dott.ssa Lucia Lofù, iscritta all'Ordine degli Psicologi, indirizzo email lofulucia.psicologa@gmail.com prima di rendere le prestazioni professionali relative al progetto "Lo Sportello delle Opportunità: lo psicologo a scuola" istituito dall'Istituto comprensivo Pino Puglisi presso la scuola secondaria di secondo grado plesso di via Bravetta 383 e 395 fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la scuola secondaria di secondo grado plesso di via Bravetta n. 383 e 395;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloqui giornalieri con gli studenti; attività laboratoriali di classe per la gestione delle emozioni o prevenzione/individuazione di problematiche di inclusioni/esclusione sociale, bullismo e cyberbullismo, disturbi del comportamento, apprendimento;

(b) modalità organizzative: Tutti i giovedì dal 07 novembre fino alla fine delle attività didattiche:

- nel plesso Di via Bravetta n383, dalle ore 08:30 alle ore 11:30
- nel plesso di via Bravetta 395, dalle ore ore 08:30 alle ore 11:30

(c) scopi: creare uno spazio di confronto dedicato agli studenti ai docenti e alle famiglie al fine di prevenire situazioni di disagio psichico o contrastare situazioni di difficoltà sia nel contesto sociale sia in quello familiare.

Le professioniste, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

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.

GENITORI DEL MINORE

La Sig.ra madre dell'alunno/a.....
nata a il ___/___/___
e residente ain via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle attività professionali di sportello singolo rese dalla dott.sse Carla Sorace e Lucia Lofù:

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre dell'alunno/a.....
nato a il ___/___/___
e residente ain via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle attività professionali di sportello singolo rese dalla dott.sse Carla Sorace e Lucia Lofù:

Luogo e data

Firma del padre

TUTORE DEL MINORE

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a..... il ___/___/___
Tutore dell'alunno/a residente a.....in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle attività professionali di sportello singolo rese dalla dott.sse Carla Sorace e Lucia Lofù:

Luogo e data

Firma del tutore