

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Anna Maria la Posta, Psicologa-Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 14769, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il 1° **ISTITUTO COMPRENSIVO MONTE SAN GIOVANNI CAMPANO**, fornisce le seguenti informazioni:

- ✓ Tipologia d'intervento: spazio di ascolto, consulenza, orientamento;
- ✓ Scopi: valorizzare l'individuo nella sua interezza, stimolare la crescita cognitiva ed emozionale, scoprire le proprie potenzialità, affrontare momenti di difficoltà emotiva e relazionale o piccoli disagi;
- ✓ Fornire sostegno alle famiglie, aiutando i genitori a comprendere e gestire le difficoltà scolastiche o emotive dei propri figli;
- ✓ Supportare i docenti nello sviluppo di strategie educative efficaci;
- ✓ Promuovere la comunicazione efficace tra tutte le parti coinvolte: genitori-figli, docenti-alunni, scuola- famiglia.
- ✓ Durata delle attività: anno scolastico in corso;
- ✓ Modalità di richiesta d'intervento: Lo sportello, collocato presso i locali della scuola, sarà attivo nei giorni ed orari indicati nell'orario (salvo variazioni dovute a problemi e necessità organizzativi).

La prenotazione potrà avvenire attraverso le sotto indicate modalità:

- Per gli allievi dell'infanzia e della primaria saranno i genitori ad inviare la richiesta all'indirizzo mail: [annamaria.laposta@libero.it](mailto:annamaria.laposta@libero.it)
  - Gli allievi della secondaria, muniti del consenso informato firmato da entrambi i genitori o tutori legali, faranno richiesta con messaggio cartaceo inserito nell'apposita cassetta posta nelle vicinanze della postazione ATA .
  - Il colloquio con i signori genitori è consentito previo appuntamento, da concordare con la **Dott.ssa Anna Maria La Posta** attraverso le modalità indicate.
- ✓ Orari: lo spazio di ascolto sarà fruibile nei giorni lunedì e mercoledì e occasionalmente il giovedì **08:30 alle ore 14:00**.

Si precisa che lo Sportello di Ascolto non è uno spazio di psicoterapia pertanto qualora si evidenziassero particolari criticità si procederà ad inviare presso le sedi opportune in accordo con la Dirigente Scolastica e con i genitori.

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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

I dati personali dello/a studente/ssa 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 D.Lgs. 101/2018:) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

**Dott.ssa Anna Maria La Posta**

.....

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
nata 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 Anna Maria la Posta presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data ..... Firma della madre.....

Il Sig. ....padre del minorenn.....  
nato 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 Anna Maria la Posta presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data..... Firma del padre.....

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorenn.....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 Anna Maria la Posta presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data..... Firma del tutore.....