



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

La sottoscritta

Dott.ssa Cinzia Tagliabue
Iscrizione Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 16659
Cell: 333/5095199

per conto dell'Associazione VTHT, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'istituto comprensivo fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la Scuola Secondaria di I grado "L. Pirotta" via Stadio 13 a Desio.

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

- Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio per accogliere e supportare i ragazzi, i genitori e gli insegnanti nell'affrontare i diversi compiti evolutivi, rappresentando così un'occasione per definire meglio i problemi emersi e identificare risorse individuali o collettive, necessarie per gestire le difficoltà evolutive, situazioni di disagio scolastico o di sofferenza personale/familiare.

Lo sportello diviene strumento con valenza preventiva in quanto spazio di confronto, riflessione e luogo privilegiato di prevenzione del disagio.

Lo psicologo offrirà un intervento non medicalizzato, non terapeutico ma a carattere di informazione, sostegno e consulenza e/o mediazione fra alunni, insegnanti e famiglie per garantire il diritto al benessere dell'alunno.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

- Modalità organizzative

Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi, ai genitori e agli insegnanti della scuola Secondaria di Primo Grado. Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione dello stesso secondo una delle seguenti modalità:

1. **Cassetta per le richieste dei ragazzi** posta a scuola nel corridoio principale del piano rialzato
2. Richiesta tramite mail all'indirizzo predisposto **sportellovtht@gmail.com**

- Limiti

Per accedere al servizio è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale.

Si potrà accedere al servizio per un **massimo di 3 volte** (anche non consecutive).

In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

- Durata delle attività:

Lo sportello psicologico sarà attivo il **venerdì mattina dal 24 di gennaio 2020**.

Il professionista, 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 d'Ascolto Psicologico, 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.

Associazione VTHT Sede legale via Corridoni 19/c Giussano (MB)
sportellovtht@gmail.com associazionevtht@pec.net www.associazionevtht.com



**In qualità di genitori del/della minore
che frequenta la classe.....**

La Sig.ra

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 Cinzia Tagliabue presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

La Sig.ra

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 Cinzia Tagliabue presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

MINORI SOTTO TUTELA

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

nata/o a..... il ____/____/____

Tutore del minore..... che frequenta la classe

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 Cinzia Tagliabue presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

