



SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO
Travesio via Roma 12/a
c.f.: 81018050930 - tel.: 042790192
web: www.istitutocomprensivodellevallimedunacosarzano.edu.it
e-mail: pnic813006@istruzione.it
pec: pnic813006@pec.istruzione.it

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPAZIO DI ASCOLTO DEGLI STUDENTI MINORENNI

PROGETTO - HO A CUORE - LA PSICOLOGIA A SCUOLA

Anno scolastico 2020 – 2021

Nell'ambito delle attività previste dal Protocollo d'Intesa tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale degli Psicologi per il supporto psicologico nelle scuole, lo Spazio di Ascolto ha lo scopo di accogliere l'alunno nelle difficoltà che sta vivendo e promuoverne la salute e il benessere psichico. Offre una consulenza breve e focalizzata, caratterizzata da un ascolto empatico e non giudicante che mira a mobilitare le risorse del ragazzo e fornire iniziali strumenti per la gestione del problema.

La sottoscritta dott.ssa Enza Galante, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia al n.232, e-mail psicologiascuola@istitutocomprensivodellevallimedunacosarzano.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Spazio di Ascolto, fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese il lunedì dalle 10.00 alle 12.30 nel plesso di pertinenza della richiesta pervenuta dell'Istituto Comprensivo delle Valli del Meduna Cosa Arzino
- 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.psicologifvg.it.
- I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Spazio 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.

Si invitano le persone interessate a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista

dott.ssa Enza Galante

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Enza Galante presso lo Spazio di Ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Enza Galante presso lo Spazio di Ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___

Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a
in via/piazzan.....

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 Enza Galante presso lo Spazio di Ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore