MODULO CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO ORGANIZZATO DALL’ISTITUTO I.I.S. R. CASIMIRI DI GUALDO TADINO

In riferimento alle attività di supporto psicologico realizzata attraverso sportelli di ascolto dalla psicologa Dott.ssa Prosperi Elisa, si informa che:

* l’attività di sportello di ascolto è finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all’orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
* la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
* la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
* la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

I sottoscritti

**COGNOME E NOME PADRE**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_), Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COGNOME E NOME MADRE**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_), Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che frequenta la classe\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_\_,

corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO** Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d’ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell’anno scolastico in corso.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma della madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_