

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DELLA VAL NERVIA
Via San Rocco – 18033 Camporosso (IM)**

**CONSENSO INFORMATO
PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E SUPPORTO PSICOLOGICO PRESSO LO
SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa GARRONE GIULIA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Liguria n. 2735 (g.garrone.psy@outlook.it) prima di rendere le prestazioni professionali di supporto psicologico presso l'istituto Comprensivo della Val Neria fornisce le seguenti informazioni.

- I colloqui sono rivolti ad alunni, genitori e personale scolastico.
- I colloqui potranno essere svolti in presenza, in uno spazio fornito dalla scuola e adeguato a garantire la giusta riservatezza. Vista l'attuale emergenza sanitaria covid-19 le prestazioni potranno essere svolte anche in modalità online, utilizzando la piattaforma G-Suite.
- Le attività di ascolto verranno realizzate attraverso colloqui individuali di consulenza e sostegno psicologico e non avranno carattere terapeutico. La persona verrà accolta nelle sue richieste attraverso una modalità empatica, non giudicante e con l'obiettivo di aiutarla nell'analisi del problema e nella comprensione del proprio vissuto. Lo sportello sarà un'occasione di ascolto, accoglienza, crescita, orientamento, informazione e gestione di risoluzione di problemi e conflitti.
- Si prevedono inoltre attività in classe di osservazione delle dinamiche di gruppo e interventi laboratoriali per la gestione delle stesse.
- 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
- 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.

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

MAGGIORENNI

Io sottoscritto/a
dichiaro di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato, e decido con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa GARRONE GIULIA.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato, e decido con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa GARRONE GIULIA.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decido con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa GARRONE GIULIA .

Luogo e data

Firma del padre