

# CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI DELL'ALUNNO

A.S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

I sottoscritti genitori

**Padre** (o tutore legale) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_,

**Madre** \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_,  
(qualora diversa da quella del padre)

genitori/affidatari dell' alunno/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola Primaria/Secondaria di Via \_\_\_\_\_

facente parte dell'Istituto Comprensivo Monserrato 1-2.

## DICHIARANO DI ESSERE INFORMATI SPORTELLO D'ASCOLTO

- in merito alle attività previste dal servizio dello Sportello d'ascolto finalizzate al benessere psicologico, al sostegno dell'età evolutiva, alla crescita personale, al supporto emotivo-affettivo ed all'orientamento e mediazione nella gestione delle dinamiche relazionali a supporto del benessere e superamento del disagio del proprio figlio/a;
- che il servizio dello Sportello d'ascolto consiste in **colloqui individuali** della durata di circa 45/60 minuti, che si svolgono in presenza presso una delle sedi scolastiche, previo appuntamento;
- che allo Sportello d'ascolto possono accedere solamente gli alunni che hanno consegnato la presente autorizzazione firmata da entrambi i genitori;
- che i colloqui NON hanno una finalità terapeutica, ma costituiscono un momento d'ascolto e consulenza in un'ottica di promozione del benessere e prevenzione del disagio;
- che lo psicologo scolastico è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, ed è tenuto al segreto professionale (Art.11);
- che gli incontri sono gratuiti, vincolati dal segreto professionale e si svolgono nel rispetto della privacy;
- che il servizio dello sportello d'ascolto darà svolto dal **Dr Michele PONGILUPPI** – psicologo iscritto all'ordine degli psicologi con n. 1592 - **Cell. 329-9112708**;
- che per prenotare un appuntamento l'alunno/a o il genitore dovrà contattare l'esperto inviando un messaggio whatsapp al numero **329-9112708** indicando nome, cognome e classe frequentata.

## DICHIARANO INOLTRE DI ESSERE INFORMATI OSSERVAZIONE CLASSE/LABORATORI TEMATICI

- in merito alle attività previste dal progetto Sportello d'ascolto e supporto psicologico finalizzate al benessere psicologico e al superamento del disagio tra le quali sono comprese:
  - **OSSERVAZIONE CLASSE** – osservazione di eventuali problematiche nella classe e programmazione di specifici laboratori/interventi didattici e/o confronto con le famiglie, per le quali è necessario il consenso informato firmato dai genitori;
  - **LABORATORI TEMATICI** nelle classi/gruppo classe – su tematiche quali bullismo, cyberbullismo, dipendenze da social network e videogiochi, educazione all'affettività, ecc., per i quali è necessario il consenso informato firmato dai genitori;
- che gli interventi in classe (laboratori e/o osservazione) NON hanno una finalità terapeutica, ma costituiscono un momento di confronto con il gruppo classe su tematiche di particolare interesse per la specifica fascia d'età o l'osservazione da parte dello psicologo delle dinamiche del gruppo classe, di eventuali comportamenti problematici e/o di eventuali difficoltà degli alunni;
- che alle attività possono accedere solamente gli alunni che hanno consegnato il presente **consenso informato/autorizzazione** firmato da entrambi i genitori;

- che gli interventi saranno realizzati dal **Dr Michele PONGILUPPI** – psicologo iscritto all'ordine degli psicologi con n. 1592 - cell. 329-9112708;

Per quanto sopra descritto, in relazione alle attività del progetto “Sportello d'ascolto e supporto psicologico”

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il proprio figlio/a ad usufruire dei **colloqui individuali – sportello d'ascolto** con lo psicologo scolastico

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il proprio figlio/a a partecipare all'**osservazione** e alle **attività laboratoriali con l'intero gruppo classe:** svolte dallo psicologo

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il **Dr Michele PONGILUPPI** al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal D.Lgs 196/03.

Monserrato, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori\* \_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_ (padre)

\* In caso di unico genitore firmatario, nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, genitore unico firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIARA

di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma

\_\_\_\_\_