

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ATTIVITA' DI CONSULENZA PSICOLOGICA ALUNNI/E MINORENNI.

Da firmare, scansionare e inviare via e-mail

In riferimento all'attivazione dello sportello di consulenza psicologica rivolta agli/alle Studenti dell'Istituto "Lombardo Radice", al Personale scolastico e ai familiari degli/delle Studenti, si informa che la prestazione che verrà offerta agli alunni/e della Scuola un'attività concertata con il team dei docenti/educatori-è finalizzata al benessere psicologico, al sostegno, alla crescita e alla maturazione personali, al supporto emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori, per accogliere e prevenire le difficoltà psichiche anche conseguenti al disagio derivante dall'emergenza COVID-19.

La consulenza che non ha finalità di cura, si avvarrà per quanto attiene agli/alle alunni/e della Scuola Primaria, di interventi mirati al coinvolgimento in attività di gruppo, anche di carattere ludico, che consentano agli alunni e alle alunne di esprimersi e partecipare in un clima disteso e di confronto costruttivo con le figure degli adulti. Essi saranno effettuati in classe, in presenza delle insegnanti.

Per quanto riguarda le/gli Studenti della Scuola Secondaria, il servizio di consulenza si effettuerà mediante colloqui individuali, da richiedere tramite prenotazione inviata alla seguente mail:

paic8ad00q@istruzione.it

Nel caso in cui lo psicologo dovesse riscontrare delle dinamiche meritevoli di ulteriore e diverso intervento, ne informerà i referenti del progetto, la dirigente e i genitori interessati.

Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11); lo psicologo 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/tutoriale sul minore _____
_____ classe _____ sez _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività di gruppo (promosse nelle classi della Scuola Primaria) ;
ad avvalersi del servizio di sportello individuale (per gli allievi e le allieve della Scuola Secondaria) ,,
nel quadro dell'iniziativa di sportello psicologico attivato nell'Istituto "Lombardo Radice".

Il presente modulo va firmato da ENTRAMBI i genitori che abbiano deciso di avvalersi di questo servizio.

Data, _____ e luogo _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____