

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO –Scuola Primaria_ Buon Pastore

LO SPORTELLO DELLE OPPORTUNITA': lo psicologo a scuola

La sottoscritta dott.ssa Carla Sorace, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi/psicopedagogisti, indirizzo email carlasorace@inwind.it prima di rendere le prestazioni professionali di psicopedagogista relative al progetto "Lo Sportello delle Opportunità: lo psicologo a scuola" istituito dall'Istituto Comprensivo Pino Puglisi presso la scuola primaria del plesso Buon Pastore di via Bravetta 336 fornisce le seguenti informazioni:

- a) Le prestazioni saranno rese presso la scuola primaria del plesso Buon Pastore di via Bravetta n. 336;
- b) Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:
- c) (a)tipologia d'intervento: attività laboratoriali di classe per la gestione delle emozioni o prevenzione/individuazione di problematiche di inclusioni/esclusione sociale, bullismo e cyberbullismo, disturbi del comportamento, apprendimento; colloqui con i docenti e famiglie previa prenotazione.
- modalità organizzative: dal 18 marzo fino alla fine delle attività didattiche:
 - Lunedì dalle ore 14.30 alle ore 17:30
 - Mercoledì dalle ore 08:30 alle ore 12:30
- d) scopi: creare uno spazio di confronto, strutturato all'interno della normale programmazione scolastica ed integrato con le attività didattiche al fine di prevenire situazioni di disagio psichico o contrastare situazioni di difficoltà.

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.ordinepsicologi Lazio.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 prega di firmare per presa visione/ consenso informato.

GENITORI/GENITORI DEL MINORE

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore dell'alunno/a _____

Della classe _____ sez. _____ della scuola primaria del plesso Buon Pastore di via Bravetta n. 336

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle attività laboratoriali di classe proposte dalla dott. Carla Sorace e dai docenti.

Luogo e data _____

Firma della madre

Firma del padre

Firma del tutore
