

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO –Scuola Primaria\_ Emanuela Loi

### **LO SPORTELLO DELLE OPPORTUNITA': lo psicologo a scuola**

- a) La sottoscritta dott.ssa Lucia Lofù, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi/psicopedagogisti, indirizzo email lofulucia.psicologa@gmail.com 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 Emanuela Loi di via Della Pisana 357 fornisce le seguenti informazioni.
- b) Le prestazioni saranno rese presso la scuola primaria del plesso Emanuela Loi n.357;
- c) Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:
- d) 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 08:30 alle ore 12:30 e dalle ore 14.30 alle ore 17:30
- e) 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.ordinepsicologilazio.it](http://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 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 Emanuela Loi via della Pisana 357

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. Lucia Lofù e dai docenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma della madre

Firma del padre

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_