



ISTITUTO COMPRESIVO "G. GARIBALDI - V. PIPITONE"
 I° Circolo Didattico "G. Garibaldi" - Scuola Secondaria di I° grado "V. Pipitone"
 Via Rubino, 15 - 91025 MARSALA (TP) - Tel. 0923719661
 Cod. Mecc: TPIC83900G - Cod. Fisc. 91032370818- Cod. Univoco Ufficio: UFJKJ7
 E-mail: tpic83900g@istruzione.it - Pec: tpic83900g@pec.istruzione.it
www.icgaribaldipipitonemarsala.edu.it

A

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO PER ALUNNI
(ai sensi del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani")

In riferimento al progetto "Sportello Ascolto" istituito presso l'Istituto Comprensivo "G. Garibaldi - V. Pipitone si informa che:

1. la Dott.ssa Luisa Magagnini, iscritta all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, è stata incaricata in qualità di Esperto esterno per le attività di Sportello di Ascolto per l'anno scolastico 2020/2021;
2. il progetto "Sportello Ascolto" ha l'obiettivo prioritario di fornire supporto psicologico a studenti, docenti, genitori e personale ATA per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
3. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, collaborando eventualmente anche con i docenti in un'area psicopedagogica di intervento; la consulenza non ha fini terapeutici.
4. verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio psicologico e/o l'eventuale intervento nel gruppo classe;
5. la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (art.11) ed ai previsti obblighi di legge (art.13) e, pertanto, offrirà le sue competenze in uno spazio dedicato all'incontro e confronto di assoluta riservatezza.

Visto e compreso quanto sopra indicato, i sottoscritti:

(Cognome e nome del padre) _____
 nato a _____ prov. _____ il _____

(Cognome e nome della madre) _____
 nata a _____ prov. _____ il _____

Genitori dell'alunno/a _____ frequentante nell' a.s. 2020/2021 la classe ____ della Scuola
 Infanzia/Primaria/Secondaria del Plesso _____ di codesto Istituto

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dei servizi dello Sportello Ascolto a.s. 2020/2021 e a partecipare alle attività (incontri individuali e/o interventi con il gruppo classe) organizzati dalla Dott.ssa Luisa Magagnini.

Luogo e data, _____

FIRMA del PADRE _____

FIRMA della MADRE _____

N.B. Nel caso in cui non fosse possibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori sottoscrivere la seguente dichiarazione:

Il/La sottoscritto/a _____ padre/madre/tutore dell'alunno/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA del PADRE/MADRE/TUTORE _____