

## CONSENSO INFORMATO

ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI.

ISTITUTO COMPRENSIVO "SPEDALIERI-CASTIGLIONE" BRONTE

Ai genitori degli alunni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

I sottoscritti: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili

### **PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO**

il/la minore ad usufruire dei colloqui affidandosi **alla dott.ssa. Longhitano Natalia**

Psicologa – iscritta all'Ordine degli Psicologi Regione Sicilia n. 11374 Sez.A

Recapiti professionali: [Longhitano107@gmail.com](mailto:Longhitano107@gmail.com)

**È informato sui seguenti punti in relazione al consenso informato:**

**1.** Lo/la psicologo/a è strettamente tenuto/a ad attenersi al **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani** (di seguito C.D.).

**2.** La prestazione offerta riguarda attività di **consulenza e supporto psicologico in ambito scolastico**, rivolte a minori frequentanti la **scuola primaria e secondaria di I grado**, nell'ambito del **Servizio di Sportello d'Ascolto Psicologico**, così come previsto dal **Codice Azione 20301 "Sportello d'Ascolto – Invictus Zone"** del suindicato progetto. Tali attività sono finalizzate alla promozione del benessere emotivo e relazionale, alla prevenzione del disagio psicologico e al sostegno delle risorse personali degli alunni, nel rispetto dell'età evolutiva e del contesto scolastico.

In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Longhitano la volontà di interruzione, senza alcuna conseguenza per il percorso scolastico del minore.

3. La prestazione offerta riguarda:

- attività di ascolto psicologico rivolte agli alunni;
- osservazione clinica;
- colloqui individuali di supporto psicologico, adeguati all'età evolutiva;
- interventi di prevenzione del disagio emotivo, relazionale e comportamentale;
- utilizzo di strumenti conoscitivi, osservativi ed espressivi non diagnostici;
- supporto allo sviluppo della consapevolezza di sé, delle competenze emotive e relazionali

4. La prestazione è finalizzata ad attività professionali di **promozione e tutela della salute psicologica e del benessere** di persone, gruppi e comunità scolastiche e comprende, di norma, le attività previste ai sensi dell'art. 1 della **Legge n. 56/1989**.

5. Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto di quanto previsto dall'**informativa resa ai sensi dell'art. 13 lett. c del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** e del **D.Lgs. 101/2018**.

*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

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

Firma dei genitori / tutore legale \_\_\_\_\_

#### **IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE**

Ai sensi dell'art. 155 del Codice Civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, "le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo" si richiede la firma di entrambi i genitori.

#### **IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ACQUISIRE IL CONSENSO SCRITTO DI ENTRAMBI I GENITORI**

il/la sottoscritto/a,

---

madre

padre

Dello/a

studente/essa \_\_\_\_\_

Firma della Professionista

---