

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA
PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta dott.ssa **Brazzelli Elisa**, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 18472, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Statale "B. C. Ferrini" di Olgiate Olona fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la **Scuola Secondaria di primo grado "D. Alighieri"**, Via Gonzaga 16, Olgiate Olona.

Le attività dello sportello di ascolto saranno come di seguito organizzate:

- Tipologia d'intervento

La prestazione offerta all'interno dello sportello di ascolto è un intervento di consulenza finalizzata al supporto psicologico, alla promozione del benessere psico-sociale e alla prevenzione del disagio scolastico.

- Modalità organizzative

Lo sportello di ascolto è rivolto ai ragazzi e alle ragazze, ai professori e ai genitori della scuola Secondaria di Primo Grado. Il servizio si attiverà su prenotazione dello stesso secondo una delle seguenti modalità:

1. Per le richieste dei ragazzi: utilizzo della cassetta posta a scuola nell'aula professori;
2. Per le richieste dei genitori: inviando una e-mail alla casella di posta elettronica sportelloascolto.olgiateolona@gmail.com, oppure contattando telefonicamente l'Istituto Scolastico al n. 0331.649368 e chiedendo della prof.ssa Donata Canavesi.

Si precisa che il colloquio con i ragazzi sarà effettuato durante le ore di lezione, a meno di impedimenti od obblighi didattici (verifiche, interrogazioni, etc.).

- Scopi

Lo sportello di ascolto rappresenta uno spazio per accogliere e supportare i ragazzi e le ragazze, i professori e i genitori nell'affrontare i diversi compiti evolutivi, rappresentando così un'occasione per definire meglio i problemi emersi e identificare risorse individuali o collettive, necessarie per gestire le difficoltà evolutive, le situazioni di disagio scolastico o di sofferenza personale/familiare. Lo sportello diviene strumento con valenza preventiva in quanto spazio di confronto, riflessione e luogo privilegiato di prevenzione del disagio. La psicologa scolastica offrirà un intervento non

medicalizzato, non terapeutico ma a carattere di informazione, sostegno, consulenza e/o mediazione fra studenti, professori e famiglie per garantire il diritto al benessere di ognuno.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del “Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”).

- Limiti

Per accedere al servizio è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

All'interno dello sportello di ascolto viene effettuata attività di consulenza: non verranno dunque effettuate attività di diagnosi o psicoterapia.

- Durata delle attività

Lo sportello di ascolto sarà attivo dal mese di Ottobre 2022.

La psicologa scolastica, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.opl.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 invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La psicologa scolastica

Dott.ssa Elisa Brazzelli



In qualità di GENITORI del/della minore:

Frequentante la classe sezione

La Sig.ra (Cognome Nome)

nata a il / /

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisa Brazzelli presso lo sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

.....

.....

Il Sig. (Cognome Nome)

nato a il / /

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisa Brazzelli presso lo sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

.....

.....

In qualità di TUTORE del/della minore:

Frequentante la classe sezione

La Sig.ra/Il Sig. (Cognome Nome)

nata/o a il / /

e residente a

in via/piazza n.....

Tutore del minorenne in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisa Brazzelli presso lo sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

.....

.....