

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

La sottoscritta Dott.ssa Giovanna Sberna, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia al n. 6663, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "S. Chiara" di Enna fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dell'Istituto
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - Ambito psicologico – Colloqui individuali
 - Studenti: offrire spazi di ascolto psicologico presso lo Sportello per consulenze riservate
 - Insegnanti e personale scolastico: offrire consulenze per una lettura contestuale del gruppo-classe e per favorire un sereno clima di lavoro
 - Genitori: favorire un miglioramento delle relazioni fra genitori e figli
 - Ambito formativo – Interventi sui gruppi classe
 - Promuovere l'educazione alla salute
 - Prevenire l'insuccesso e l'abbandono scolastico promuovendo la motivazione allo studio
 - Favorire la conoscenza reciproca e l'aggregazione del gruppo (sostegno allo sviluppo emotivo e sociale) nelle classi della scuola primaria
 - Promuovere lo spirito collaborativo e l'assertività (sviluppo di competenze chiave sociali e civiche) nelle classi della scuola secondaria di primo grado

La professionista, 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.ordinepsicologier.it

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani

Dott.ssa Giovanna Sberna

MINORENNI

La Sig.ra _____ **madre del minore** _____
nata a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sberna presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ **padre del minore** _____
nato a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sberna presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____