

Ministero dell'Istruzione e del Merito



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G.D. ROMAGNOSI"

SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

cod. scuola MBIC830004 - C.F.83009860152 – Codice Univoco UF8ROH
tel. 0362/987451-456-458 - Via G. Cantore, 16 - 20841 CARATE B.ZA (MB)

e-mail: MBIC830004@istruzione.it - MBIC830004@pec.istruzione.it

sito: <https://www.icromagnosicarate.edu.it/>



AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell'Istituto Comprensivo

"G.D. Romagnosi"

INFORMATIVA SPORTELLO ASCOLTO

PREMESSA

In riferimento al progetto "Sportello di consulenza ed ascolto" che coinvolgerà alunni/genitori/docenti/personale scolastico che fanno parte dell'Istituto Comprensivo "G.D. Romagnosi" si informa che:

- la prestazione che verrà offerta ai fruitori di questo sportello d'ascolto è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

MODULO DI CONSENSO

Avendo letto e compreso l'informativa che precede per il servizio dello Sportello Psicologico "IL TUO SPAZIO, LA TUA VOCE" promosso dall'Istituto Comprensivo "G.D. Romagnosi"

I sottoscritti _____
genitori del minore _____
nato a _____ il _____
frequentante la scuola secondaria di primo grado classe _____ sezione _____

☐ **AUTORIZZANO**

☐ **NON AUTORIZZANO**

la Dott.ssa Chiara Canzi su incarico della scuola, ad effettuare colloquio psicologico e/o osservazione individuale nei confronti del proprio/a figlio/a al fine di supportarne il percorso di benessere psicologico, di crescita umana e relazionale.

Carate Brianza, _____

FIRME PER PRESA VISIONE

Cognome e nome 1° Genitore Firma
(o di chi esercita la potestà genitoriale)

Cognome e nome 2° Genitore Firma
(o di chi esercita la potestà genitoriale)

L'autorizzazione comporta la possibilità di accedere ai colloqui qualora il ragazzo ne sentisse il desiderio e formuli apposita richiesta.

L'autorizzazione va espressa da TUTTI gli esercenti la responsabilità genitoriale.

Chi firma si assume la responsabilità di dichiarare che non esistono altri soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale.

N.B. SI RICORDA CHE IL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO POTRA' ESSERE EROGATO SOLO IN SEGUITO ALLA RESTITUZIONE, AI RESPONSABILI DI PLESSO, DEL PRESENTE MODULO DI CONSENSO DEBITAMENTE COMPILATO E FIRMATO.