

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Si informano i genitori che quest'anno, presso il Liceo " " sarà attivo lo Sportello di Consulenza Psicologica per studenti, tenuto dalla dr.ssa .

Lo Sportello di Consulenza Psicologica si è rivelato negli passati un'importante occasione per gli studenti di usufruire di uno spazio personale di ascolto e di riflessione, dove poter affrontare i diversi dubbi o curiosità che possono sorgere durante l'età dell'adolescenza.

Il servizio si svolgerà all'interno dell'edificio scolastico, durante le ore di lezione e i ragazzi potranno accedervi spontaneamente qualora ne sentissero necessità o semplice curiosità, risultando automaticamente giustificati nell'ora di lezione trascorsa allo Sportello e non in aula.

Gli argomenti trattati in sede di Sportello sono di assoluto riserbo nel rispetto della privacy e non verranno comunicati o condivisi con insegnanti o genitori, se non per esplicita richiesta dello studente interessato.

Affinchè anche gli studenti minorenni possano accedere allo Sportello liberamente è necessaria l'autorizzazione dei genitori, pertanto si chiede di compilare il tagliando sottostante e di farlo pervenire alla scuola, pena l'impossibilità del ragazzo di accedere al servizio.

.....
Io sottoscritto (padre o tutore legale) _____ nato a _____

Il _____ tel. Cell. _____ (per controllo consenso) e

Io sottoscritta (madre o tutrice legale) _____ nato a _____

Il _____ tel. Cell. _____ (per controllo consenso)

Genitori (o esercenti la patria parentale) dell'alunno/a _____
classe _____

DICHIARO DI ESSERE A CONOSCENZA

- dell'esistenza del servizio di Sportello di Consulenza Psicologica presso il Liceo " "
- Di essere a conoscenza che verrà offerta una consulenza psicologica finalizzata ad una migliore comprensione delle dinamiche e delle problematiche personali che coinvolgono nostro/a figlio/a
- Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio psicologico della durata di 45/50 minuti;
- La prestazione verrà effettuata nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi, nel rispetto dei dati personale ai sensi dell'art.7 del D. lgs 30/6/2003, n. 196.

Segnare l'alternativa scelta

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

(nome del minore) _____ ad accedervi spontaneamente secondo le proprie necessità.

Parabiago, _____

(firma madre) _____

(firma padre) _____