



Allegato n°2 alla circolare n°202 del 27 marzo 2023

CONSENSO INFORMATO PER LO SPORTELLO DI ASCOLTO SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO ALLE ALUNNE E AGLI ALUNNI, ALLE LORO FAMIGLIE E AL PERSONALE DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE

S'informano le alunne e gli alunni, i loro familiari e tutto il personale della scuola che, presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "Leonardo Da Vinci" di Lanusei, sarà attivo lo "Sportello di consulenza psicologica" tenuto dalla dott.ssa Luana Chillotti (psicologa) e rivolto alle studentesse, agli studenti, ai loro familiari e a tutto il personale della scuola.

Lo "Sportello di consulenza psicologica" si è rivelato negli anni passati un'importante occasione, soprattutto per le studentesse e per gli studenti, di usufruire di uno spazio di ascolto e riflessione, dove poter affrontare i diversi dubbi o le curiosità che possono sorgere durante l'adolescenza.

Il servizio si svolgerà all'interno dell'edificio scolastico, durante le ore di lezione. Le studentesse e gli studenti potranno accedervi spontaneamente qualora ne sentissero la necessità o per semplice curiosità, risultando automaticamente giustificati nell'ora di lezione trascorsa allo sportello e non in aula.

Gli argomenti trattati in sede di "Sportello di consulenza psicologica" 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.

Affinché anche gli studenti minorenni possano accedere liberamente allo sportello, è necessaria l'autorizzazione dei genitori e pertanto si chiede di compilare il tagliando sottostante e di presentarlo all'ufficio alunni della scuola, pena l'impossibilità, da parte delle alunne e degli alunni minorenni, di accedere al servizio.

– Il sottoscritto padre affidatario tutore
_____, nato il ___/___/_____ a
_____ (prov. _____), residente in via
_____, n° _____ a
_____ (prov. _____), e-mail:
_____, telefono:
_____;

– la sottoscritta madre affidataria tutrice
_____, nata il ___/___/_____ a
_____ (prov. _____), residente in via
_____, n° _____ a _____
(prov. _____), e-mail: _____,
telefono: _____;



genitori/affidatari/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____
_____ (prov. _____), il ____/____/_____ e frequentante la classe _____
Sezione _____ del corso _____ presso codesto istituto,

Con la sottoscrizione della presente dichiarano:

- di essere a conoscenza del servizio di "Sportello di consulenza psicologica" presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "Leonardo da Vinci" di Lanusei frequentato dall'alunno/a;
- 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;
- di essere a conoscenza che lo strumento principale d'intervento sarà il colloquio psicologico della durata di 45/50 minuti;
- di essere a conoscenza che la prestazione verrà effettuata nel rispetto del Codice deontologico degli psicologi e dei pedagogisti e nel rispetto dei dati personali ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n°196 del 30 giugno 2003.

Pertanto i sottoscritti genitori/affidatari/tutori dell'alunno/a _____:

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad accedere spontaneamente allo "Sportello di consulenza psicologica", presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "Leonardo da Vinci" di Lanusei, secondo le proprie necessità.

Lanusei, li ____/____/_____.

Firma del genitore/affidatario/tutore

Firma del genitore/affidataria/tutrice

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs. n°101/2018.

Firma del genitore

Firma del genitore
