CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

La sottoscritta

Dott.ssa Alessia Righi
Iscrizione Ordine degli Psicologi della Regione Marche n. **03399**
Email: alessiarighi.92@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Marco Polo" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la Scuola Secondaria di I grado "M. Polo" e saranno organizzate come di seguito:

- Tipologia d'intervento
  Sportello di ascolto

- Scopo Principali
  Il servizio offerto si pone come intervento finalizzato alla promozione del benessere psico-fisico e all'espressione libera di tensioni, paure e incertezze, offrendo agli alunni una consulenza in grado di recepire richieste di studenti in difficoltà o desiderosi di un orientamento per problemi di natura pedagogica, psicologica e sociale o interessati ad avere una condivisione di piccole-grandi curiosità o dubbi sulla crescita. Si ricorda che tali consulenze non hanno una finalità terapeutica, ma di accoglienza delle richieste dell'alunno.
  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").

- Modalità organizzative
  Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto ai ragazzi della scuola Secondaria di 1° Grado dell'IC "Polo". Il servizio di sportello si attiverà su prenotazione dello stesso inserendo un biglietto con indicato NOME, COGNOME, CLASSE e SEZIONE all'interno dell'apposita cassetta postale appesa di fronte all'aula n. 2.2.

- Limiti
  Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori.
  In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

- Durata delle attività
  Lo sportello psicologico sarà attivo **dal 18 marzo 2026 p.v. alla fine delle attività didattiche.**

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'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.

In qualità di genitori del/della minore _____
che frequenta la classe _____

La Sig.ra _____ 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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Alessia Righi presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data
_____

Firma della madre
_____

Il Sig. _____ 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 possa accedere alle prestazioniprofessionali rese dalla Dott.ssa Alessia Righi presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data
_____

Firma del padre
_____

MINORI SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nato a _____ il ____/_____/_____ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
Tutore del minorenne _____ che frequenta la classe 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 Dott.ssa Alessia Righi presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data
_____

Firma del tutore
_____