



*Ministero dell’Istruzione e del Merito*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

***ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE VIA COPERNICO***

*Via Copernico, 1 – 00071 POMEZIA (Rm)*

*Codice fiscale 97197220581 Codice Meccanografico RMIS071006*

*sedi associate: I.T.I. “ N. Copernico” RMTF07101P – I.T.C. “A. Monti” RMTD07101C*

*PEO: rmis071006@istruzione.it – PEC: rmis071006@pec.istruzione.it - Tel. 06 121127550*

*Distretto Scolastico XLI – Ambito16*

*Sito web:*[*www.viacopernico.edu.it*](http://www.viacopernico.edu.it)

**Agli studenti e Alle studentesse**

**Ai genitori**

**Al personale della scuola**

**Agli interessati**

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

La sottoscritta dott.ssa Moriconi Ida, Psicologa/o, iscritta/o all’Ordine degli Psicologi del Lazio n.13150, mail sportellodascolto@viacopernico.edu.it,prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola IIS Via Copernico di Pomezia, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l’IIS Via Copernico, in via Copernico 1 Pomezia (RM);

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a)tipologia d'intervento:

a. Incontri individuali con gli alunni, previa autorizzazione dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale;

b. Incontri individuali con genitori e personale scolastico in riferimento a percorsi integrati di risoluzione di situazione di disagio degli studenti;

c. altri interventi nel contesto scolastico con una ricaduta indiretta sugli studenti e sul loro benessere a scuola.

(b) modalità organizzative:

Lo Sportello d’Ascolto sarà attivo dal giorno lunedì 05/02/2024 nei giorni e negli orari come da tabella seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GIORNO | DALLE | ALLE |
| LUNEDI’ | 8.30 | 11.00 |
| MARTEDI’ | 15.00 | 17.00 |
| GIOVEDI’ | 8.30 | 11.00 |

Si rende noto che per prenotarsi è necessario inviare una mail a sportellodascolto@viacopernico.edu.it. La psicologa, Dott.ssa Moriconi Ida, in base alle prenotazioni e alla disponibilità, organizzerà gli appuntamenti. Al fine di ottimizzare la disponibilità del servizio offerto, è opportuno disdire eventuali appuntamenti presi entro le ore 8:00 della giornata prefissata. Si ricorda che lo sportello d’ascolto non ha finalità psicoterapeutiche bensì di consulenza e conoscenza, pertanto potranno essere offerti all’utenza un numero massimo di 4 incontri.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Attraverso il registro elettronico entrambi i genitori dovranno sottoscrivere l’adesione al consenso flaggando e ricaricando il modulo sottostante debitamente compilato e firmato.

In casi di eccezionalità tale modulo potrà essere consegnato brevi manu al coordinatore di classe.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente ……………………………………………………………………..…...dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ...……………..............……..…………………….………

presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

***MINORENNI***

LaSig.ra...................................................................................................................................madre del minorenne ……………………………………………………………………………………………………………..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 dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ..................................................................................................................................padre del minorenne …………………………………………………………………………………………………………..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 prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig....................................................................................................................................nata/o a ……………………………………………………………………………….il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne........................................................................................................................in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) …………………………........................................................................................................................................

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ........................................................................................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore