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

La sottoscritta dott.ssa MARTINA COCCHI, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. …22198 ...., tel 3450319169, mail: cocchi.m.psi@gmail.com ; mail pec: m.cocchi@psypec.it.

Prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "LA GIUSTINIANA" fornisce le seguenti informazioni.
Le prestazioni saranno rese presso LE TRE SEDI DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO LA GIUSTINIANA (VIA GIUSEPPE SILLA 3; VIA ROCCO SANTOLIQUIDO, 26-28; VIA GIORGIO IANNICELLI, 172-176).
Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate: Accoglienza, Analisi della domanda e Valutazione dei bisogni; Individuazione delle criticità e delle risorse individuali e/o di gruppo; Ridefinizione del problema; Intervento di supporto psicoeducativo per gli insegnanti o Intervento di supporto psicologico per alunni e famiglie; Eventuale invio ai servizi territoriali competenti , se necessario. Scopi: Attività di supporto psicologico rivolte a studenti, famiglie e personale scolastico, attraverso consulenze individuali, interventi di gruppo su richiesta del Consiglio di Classe e colloqui di supporto per docenti e genitori.
Prevenzione dell'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico; Supporto per studenti con DSA-BES. Durata delle a vità 60 ORE complessive, a partire dal mese di Novembre 2026 fino al mese di Gennaio 2027; secondo il calendario presente sul sito dell'Istituto comprensivo statale "La Giustiniana".
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. I da 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. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista: Dott.ssa Martina Cocchi

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA MINORENNI

La Sig.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...
do . .....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne…….
nato a .....……
il____/___/_____ e residente..... 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...
do . .....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...
do . .....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutor