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

La sottoscritta dott.ssa Viviana Gugiatti, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lombardia n°14467, (CF: GGTVVN83C54I829O; P.IVA 00999610140) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso le Scuole Secondarie di Primo Grado “L. Torelli“ e “P. Sigismund”, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese:

-per lo sportello d’ascolto alunni: presso aula adibita presente all’interno dell’Istituto scolastico;

-per lo sportello d’ascolto genitori e personale scolastico: presso aula adibita all’interno dell’istituto scolastico, oppure online al bisogno attraverso piattaforma messa a disposizione dall’Istituto Scolastico;

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

(a)tipologia d'intervento: colloquio psicologico.

(b) modalità organizzative: colloqui su appuntamento. Per alunni, famiglie e personale scolastico le richieste dovranno essere effettuate attraverso l’indirizzo mail dedicato [psicologo.gugiatti@icpaesiretici.edu.it](mailto:psicologo.gugiatti@icpaesiretici.edu.it). **Per i soli studenti** la richiesta potrà essere fatta anche in modalità informale attraverso apposite Caselle di Posta predisposte all’interno degli edifici scolastici.

(c) scopi: Prevenzione primaria; Accoglienza rispetto dubbi o incertezze, problematiche e timori relativi sia all'ambito delle relazioni familiari, socio-amicali e scolastiche, sia ai processi di crescita emotiva, fisica, cognitiva e alla percezione di sé; Riconoscere ed affrontare problematiche sia in riferimento agli aspetti didattici che a quelli personali e relazionali; Favorire l’integrazione socio- affettiva- culturale in un clima di permanente accoglienza; Valorizzare le risorse personali per favorire la motivazione all’apprendimento; Individuare le linee di azione più appropriate per superare il problema.

(d) durata delle attività: entro il 30/06/2025

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

La dott.ssa Viviana Gugiatti è assicurata con Polizza RC professionale

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**La Psicologa**

**Viviana Gugiatti**

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. e il Sig……………………………………………genitori dell’alunno………………………………………nato a……………………………il………………………..e residente a……………………in via/piazza…………………………n°……….

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Viviana Gugiatti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data ………………………………………………

Firma della madre ………………………………………

Firma del padre…………………………………………

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

***MAGGIORENNI***

Il docente (oppure specificare il ruolo all’interno dell’IC + nome e cognome) ………………………………………………… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Viviana Gugiatti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data ………………………... Firma …………………………………………………

***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 dalla dott.ssa Viviana Gugiatti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data ……………………………………… Firma del tutore ………………………………………