



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**I.C. "PIAZZA FILATTIERA 84"**

*Piazza Filattiera, 84 - 00139 ROMA - Tel. 06/8102978*

*C.M. RMIC8EG00Q – C.F. 97713420582*

*e-mail: [rmic8eq00q@istruzione.it](mailto:rmic8eq00q@istruzione.it) pec: [rmic8eq00q@pec.istruzione.it](mailto:rmic8eq00q@pec.istruzione.it)*

Roma, 14/12/2023

Gentili Genitori,

nel corso del corrente a.s. l'Istituzione scolastica ha aderito all'attivazione degli "Sportelli psicologici di ascolto" gratuiti presso la scuola, rivolti sia agli studenti che ai genitori, prevedendo la presenza di uno psicologo durante l'orario scolastico in giorni e orari stabiliti. I genitori che desiderassero avere colloqui presso la scuola con lo psicologo possono contattarlo per un appuntamento a scuola telefonando al tel. 3479525104.

Per quanto riguarda gli studenti l'utilizzo dello "Sportello psicologico di ascolto per gli studenti" è facoltativo e richiede l'autorizzazione preventiva da parte dei genitori, di seguito riportata, unitamente al consenso al trattamento dei dati personali (Decreto legislativo 30/06/2003 n.196 e succ. integrazioni e modificazioni). Tali dati saranno trattati esclusivamente ai fini statistici. Il responsabile del trattamento dati sensibili è l'Istituto Scolastico "I.C. Piazza Filattiera 84".

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

Il sottoscritto dott. Giulio Ligozzi Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 3577/93 – tel. 3479525104 – mail: [giulioligozzi@libero.it](mailto:giulioligozzi@libero.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Filattiera 84" – Roma - fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese all'interno dei plessi dell' I.C. "Filattiera 84"

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



FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020

UNIONE EUROPEA

MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

- **(a) tipologia d'intervento:** colloqui professionali di sostegno e orientamento psicologico;
- **(b) modalità organizzative:** in base al calendario di presenze del/lla professionista i colloqui si svolgeranno presso uno dei plessi dell'I.C. "Filattiera 84";
- **(c) scopi:** favorire il benessere psicologico della persona, l'autostima e la consapevolezza circa la propria persona e in merito al proprio comportamento e alle conseguenze delle sue azioni, la serenità nelle relazioni e dinamiche interpersonali a scuola e in famiglia;
- **(d) limiti:** l'intervento è caratterizzato da una "obbligazione di mezzi" da parte del/lla professionista e non da una "obbligazione di risultati";
- **(e) durata delle attività:** le attività di Sportello Psicologico di Ascolto si svolgeranno tra il 14 dicembre 2023 ed il 30 giugno 2024.

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.

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

Il/la Professionista (firma).....

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

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... nata a..... madre del/lla minorenn..... nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in via/piazza .....n..... città.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal/lla professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal..... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data ..... Firma della madre



**FONDI STRUTTURALI EUROPEI** **pon** 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Il Sig. .... nato a..... padre del/la  
minorenne..... nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente in via/piazza .....n..... città.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal/lla 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

**NB: NEL CASO IN CUI FOSSE IMPOSSIBILE ACQUISIRE IL CONSENSO SCRITTO DI ENTRAMBI I GENITORI SOTTOSCRIVERE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: IL/LA SOTTOSCRITTO/A ....., CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE AMMINISTRATIVE E PENALI PER CHI RILASCI DICHIARAZIONI NON CORRISPONDENTI A VERITA', AI SENSI DEL DPR 245/2000, DICHIARA DI AVER EFFETTUATO LA SCELTA/RICHIESTA IN OSSERVANZA DELLE DISPOSIZIONI SULLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DI CUI AGLI ARTT. 316, 337 TER E 337 QUATER DEL CODICE CIVILE CHE RICHIEDONO IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI.**

IN FEDE .....

**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

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Manuela Manferlotti