



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 pec: rmic8eq00q@pec.istruzione.it

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA
PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO
"UNA PORTA SEMPRE APERTA"**

Programma fondo sociale Europeo Plus(FSE+) 2021-2027

Avviso pubblico per il potenziamento degli "Sportelli Ascolto" per il supporto e l'assistenza psicologica presso le scuole del Lazio

Roma, 17/12/2024

Gentili Genitori,

nel corso del corrente anno scolastico 2024/2025 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".

- **(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. "Piazza 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 proprie 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 17 dicembre 2024 ed il 27 giugno 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 al seguente indirizzo 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 invitano le persone interessate a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

MINORENNI - MADRE

La Sig.ra nata a..... madre del/lla minorenn..... nato/a a il ___/___/___ residente in via/piazza n..... città..... dichiara di aver compreso quanto più sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali di consulenza psicologica presso lo Sportello di Ascolto dell'I.C. "Piazza Filattiera 84"

Luogo e data

Firma della madre

MINORENNI - PADRE

Il Sig. nato a..... padre del/lla minorenn..... nato/a a il ___/___/___ residente in via/piazza n..... città..... dichiara di aver compreso quanto più sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali di consulenza psicologica presso lo Sportello di Ascolto dell'I.C. "Piazza Filattiera 84"

Luogo e data

Firma del padre

MINORI SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a..... il ___/___/___ Tutore del minorenn..... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) residente a..... in via/piazza n..... dichiara di aver compreso quanto più sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali di consulenza psicologica presso lo Sportello di Ascolto dell'I.C. "Piazza Filattiera 84"

Luogo e data

Firma del tutore

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.

Luogo e Data.....

IN FEDE