

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO SCOLASTICO

Anno scolastico: 2025/2026

Istituto scolastico: I.C Piazza Filattiera

Il/la sottoscritto/a:

- **Nome e cognome del genitore/tutore 1:** _____
- **Nome e cognome del genitore/tutore 2:** _____

in qualità di genitori/tutori legali dell'alunno/a:

- **Nome e cognome:** _____
- **Classe e sezione:** _____
- **Data di nascita:** _____

FINALITÀ DELLO SPORTELLLO PSICOLOGICO

Lo Sportello Psicologico scolastico è uno spazio di ascolto, consulenza e supporto rivolto agli studenti della scuola secondaria di primo grado, finalizzato a:

- promuovere il benessere emotivo e relazionale;
- favorire l'espressione e la comprensione delle difficoltà personali, scolastiche o relazionali;
- sostenere i processi di crescita e sviluppo tipici dell'età evolutiva;
- offrire un primo orientamento rispetto a eventuali bisogni di approfondimento.

Lo sportello **non ha finalità diagnostiche né terapeutiche**, ma di supporto e prevenzione.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO

Gli incontri:

- si svolgeranno **in orario scolastico** o secondo le modalità stabilite dall'Istituto;
- avranno una durata indicativa di 30 minuti;
- saranno condotti dalla **dr.ssa Chiara Prestanicola** psicologa abilitata e iscritta all'Albo professionale degli Psicologi del Lazio con numero 27817;
- potranno essere individuali o, se previsto dal progetto, in piccolo gruppo.

Il numero degli incontri sarà definito in base al progetto e ai bisogni emersi.

RISERVATEZZA E SEGRETO PROFESSIONALE

La psicologa è tenuta al **segreto professionale** ai sensi del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Le informazioni emerse durante gli incontri:

- non verranno comunicate a terzi;
- potranno essere condivise con i genitori/tutori **solo previo consenso del minore**, nel rispetto della sua età e maturità;
- potranno essere comunicate esclusivamente in caso di **rischio per l'incolumità del minore o di terzi**, come previsto dalla normativa vigente.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali e le informazioni raccolte saranno trattati nel rispetto del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** e della normativa nazionale vigente, esclusivamente per le finalità connesse allo svolgimento dello Sportello Psicologico.

Il titolare del trattamento dei dati è lo **Studio Progetti evolutivi**

CONSENSO

DICHIARIAMO

- di aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili sulle finalità e modalità dello Sportello Psicologico;
- di aver compreso quanto sopra esposto;
- di essere consapevoli che la partecipazione è **volontaria** e che il consenso può essere **revocato in qualsiasi momento**.

AUTORIZZIAMO

nostro/a figlio/a ad usufruire dello Sportello Psicologico scolastico.

Luogo e data: _____

Firma genitore/tutore 1: _____

Firma genitore/tutore 2: _____

(In caso di firma di un solo genitore, il firmatario dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva o con il consenso dell'altro genitore, ai sensi della normativa vigente).