

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "RITA LEVI-MONTALCINI" BAGNOLO CREMASCO



26010 Vicolo Clavelli, 28 - Tel. 0373-648107 – CM CRIC82800E

Email: CRIC82800E@istruzione.it - PEC: CRIC82800E@pec.istruzione.it

CONSENSO INFORMATO PER PROGETTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

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

Con la presente si informa che presso l'IC Rita Levi Montalcini di Bagnolo Cremasco (CR) è stato attivato il progetto di supporto psicologico.

Tale progetto è svolto dalla dott.ssa Veronica Russo, Psicologa Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 11138, i cui recapiti sono:

telefono 3934023589

mail veronica.russo@icbagnolo.it

Gli obiettivi del progetto sono:

- la promozione del benessere, mediante l'offerta di uno spazio ludico e/o di ascolto e confronto con un adulto "neutrale";
- la prevenzione e l'individuazione precoce dell'insorgenza del disagio, scolastico e non;
- la prevenzione e/o il contenimento della dispersione scolastica;
- lo sviluppo delle potenzialità conoscitive e relazionali degli alunni;
- l'accompagnamento e il sostegno nel cammino di crescita
- il supporto di tutto il personale docente, il personale scolastico, gli alunni e le famiglie.

- NON E' UNO SPAZIO DI TERAPIA ma solo uno strumento utile per potersi confrontare su difficoltà specifiche.

Per la realizzazione degli obiettivi, il progetto prevede che la psicologa:

- Possa entrare nelle classi, in presenza e/o on line, previo accordo con gli insegnanti e la dirigente, per una conoscenza diretta degli alunni;
- Possa effettuare attività laboratoriali con il gruppo classe;
- Collabori con tutto il personale scolastico;
- Possa incontrare gli insegnanti e il personale scolastico che ne facciano richiesta;
- Possa incontrare i genitori che ne facciano richiesta.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

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.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DEL SOGGETTO SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI (studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La studentessa/ Lo studente 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 Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo	e	data
Firma		

MINORENNI n.b. Firma congiunta di entrambi i genitori se esercenti la patria potestà

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 dalla dott.ssa Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....
nato 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 dalla dott.ssa Veronica Russo 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 minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a
in via/piazza n.....
dic

hiara 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 Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore