

## CONSENSO INFORMATO

### SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO (GRATUITO)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_

in qualità di genitori/tutori legali dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_,

#### DICHIARANO

di aver ricevuto adeguate informazioni in merito al servizio di Sportello di Ascolto Psicologico attivato presso l'Istituto scolastico Comprensivo Francesco Vivona e di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere agli incontri previsti.

#### INFORMAZIONI SUL SERVIZIO

- Lo Sportello di Ascolto è un servizio gratuito di consulenza e supporto psicologico rivolto agli studenti, finalizzato alla promozione del benessere scolastico, emotivo e relazionale.
- Il servizio non ha finalità diagnostiche né terapeutiche, ma offre uno spazio di ascolto, confronto e orientamento su difficoltà scolastiche, relazionali, emotive o familiari.
- Gli incontri si svolgeranno nei locali dell'Istituto, tutti i giovedì dalle ore 09 alle ore 11, in uno spazio idoneo a garantire la riservatezza. E' richiesta la prenotazione del servizio

- Ogni colloquio avrà una durata indicativa di circa 45/50 minuti. Il numero degli incontri sarà definito in base alle necessità emerse.
- Il professionista incaricato è la Psicologa e Psicoterapeuta Dottoressa Martina Asaro regolarmente iscritta all'Albo professionale dell'Ordine degli psicologi della Regione Siciliana (N.11710-A), tenuta al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e al segreto professionale.
- I contenuti dei colloqui saranno riservati e coperti da segreto professionale, salvo i casi previsti dalla legge.
- Non è previsto alcun costo a carico delle famiglie.
- I dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 196/2003 e successive modifiche, esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento del servizio;

E

autorizzano il/la proprio/a figlio/a a partecipare agli incontri dello Sportello di Ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firme dei genitori/tutori legali

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma e timbro della Dottoressa

Martina Asaro

\_\_\_\_\_