Dott.ssa Maria Giulia
Savoldi Psicologa

Numero Iscrizione 19678

CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO A MINORENNI TRAMITE IL SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

**L'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "E. DONADONI" DI SARNICO**

In riferimento all'attività di supporto psicologico a minorenni si precisa quanto segue:

- Il presente consenso informato è valido per la durata dell'anno scolastico 2025/2026
- Le prestazioni saranno rese presso i plessi dell'Istituto Comprensivo Statale di Sarnico nel rispetto della normativa vigente.
- Le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d'aiuto al fine di prevenire il disagio scolastico e promuovere il benessere psicosociale: i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale.
- Le prestazioni avranno come strumento principale di intervento il colloquio.
- Lo psicologo/a incaricato dalla scuola è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla scuola la volontà di interruzione.
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all'inizio di ogni rapporto di consulenza. In casodi sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.

Letto attentamente quanto riportato nella seguente informativa, relativamente alle modalità e finalità della consulenza psicologica, i sottoscritti genitori:

_____(padre) e

_____(madre)

del/la minore_____

nato/a_____il_____frequentante la classe___sezione

_____dell'Istituto Comprensivo Statale di Sarnico, Scuola _____

dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e aver preso conoscenza delle attività di supporto psicologico a minorenni gestito dalla Dott.ssa Savoldi Maria Giulia, (mail: mariagiuliasavoldi@gmail.com) e con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

SÍ NO

data_____

Firma Madre _____

Firma Padre _____

**Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori (firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore).**