



## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La dott.ssa Laura M. G. Panico, Psicologa, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della regione Campania, indirizzo di Posta Elettronica [laura.panico@icavella.it](mailto:laura.panico@icavella.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'I.C. Mons. P. Guerriero di Avella (AV) fornisce le seguenti informazioni:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento l'intervento potrà essere interrotto. Al fine di permettere i migliori risultati dello stesso si stabilirà un ultimo incontro tra psicologo e minore/ colui che fruisce della prestazione, finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto e perciò, nel caso di minori, i genitori rinunciano ad esercitare il diritto d'accesso ai protocolli dei test e ai risultati del counseling.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come segue:

(a) tipologia d'intervento:

- colloqui individuali di counseling psicologico;
- colloqui di gruppo per fornire ai docenti strumenti e strategie di intervento per gestire percorsi di educazione al benessere, all'affettività e per realizzare pratiche educative e didattiche inclusive ed innovative;
- incontri collettivi finalizzati all'orientamento scolastico;

(b) modalità organizzative:

- l'attività di sportello si espletterà, in genere, con cadenza settimanale presso una sede prescelta dell'Istituto.

(c) scopi:

- Migliorare le capacità degli studenti di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole;
- Fornire alle famiglie strumenti di supporto alla genitorialità e strategie di intervento per supportare i propri figli nel percorso scolastico;
- Fornire ai docenti strumenti, strategie di intervento, consulenza, aggiornamenti per gestire percorsi di educazione al benessere, all'affettività e per realizzare pratiche educative e didattiche inclusive ed innovative;
- Offrire un contributo competente a docenti e genitori nella comprensione dei bisogni degli alunni e nell'individuazione di possibili bisogni educativi speciali, da prendere in carico in modo più attento;
- Offrire, al bisogno e per quanto possibile, attività di formazione specifiche su aspetti legati ai bisogni educativi speciali ed emergenti.

(e) durata delle attività: ogni colloquio individuale avrà una durata compresa tra i 30 e i 60 minuti. Nel caso di eventi finalizzati all'orientamento, la durata varierà in base alla tipologia di evento stesso.

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 <https://www.psy.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 invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

Il/ La sottoscritta/o ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. .... presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data	Firma
--------------	-------

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
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 dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

  

Il Sig. ....padre del minorenn.....  
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 dal... dott. ....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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento,  
Autorità emanante, data numero)  
.....  
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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dalla dott./ssa Laura M. G. Panico che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento l'intervento richiesto strettamente inerenti alla sua attività di psicologo;
  2. Il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
  3. i dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
  4. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
  5. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  6. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare all'intervento;
  7. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del l'intervento. Oltre tale data essi saranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;
  8. il titolare del trattamento è: il Dirigente Scolastico Prof. Vincenzo Gagliotta
  9. il responsabile del trattamento è: Il D.S.G.A. Dott. Andrea Melillo
  10. L'incaricato del trattamento è: Dott.ssa Laura Maria Giovanna Panico
- Preso visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Luogo e data

---

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

---

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

---