



ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASIAN DI PRATO

*Istituzione scolastica dotata di personalità giuridica
Decreto del Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale del F.V.G.
del 25 gennaio 2012 - prot. n. AOODRFR/764*

*Pasian di Prato (UD) - Via Leonardo da Vinci, 23 - C.A.P. 33037
tel/fax: 0432 699954 e-mail: udic856004@istruzione.it
udic856004@pec.istruzione.it Codice meccanografico UDIC856004*

A Tutti i genitori/ Tutori
degli alunni delle scuole dell'Infanzia e
Primarie dell'I.C di Pasian di Prato

LORO SEDI

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO RIVOLTE AD ALUNNI

Si informa la S.V. che nell'ambito delle strategie promosse dal Ministero dell'Istruzione per la **PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO A SCUOLA**, presso le Scuole dell'Infanzia e le Scuole Primarie dell'Istituto Comprensivo di Pasian di Prato verrà attivato uno **SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO** con la dott.ssa **MICOL COLLAVINI**, psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Friuli-Venezia Giulia n°1314.

La psicologa sarà a disposizione di studenti, famiglie, docenti e operatori scolastici che desiderino un confronto con un esperto tenuto al segreto professionale. Il servizio offre una consultazione psicologica breve finalizzata a ri-orientare alunni e famiglie in difficoltà, con un intervento volto all'inquadramento precoce del problema, alla condivisione di strategie per una migliore gestione dello stesso. Lo Sportello d'Ascolto non si delinea come un percorso psicoterapico e prevede un massimo di 4 incontri, in genere sufficienti a focalizzare le soluzioni attuabili.

La psicologa, su richiesta degli insegnanti, potrà anche organizzare dei laboratori rivolti all'intero gruppo classe, a proposito di tematiche, quali: creazione di un clima relazionale positivo basato su empatia e prosocialità (identificando nuovi modi per sentirsi vicini); alfabetizzazione emozionale; educazione all'affettività e alla sessualità; laboratorio per diventare costruttori di pace (volto al miglioramento delle abilità comunicative e all'acquisizione di strategie per la risoluzione dei conflitti).

La sottoscritta dott.ssa Micol Collavini prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni rivolte agli alunni saranno rese in presenza presso l'Istituto Comprensivo e nel rispetto delle misure normative e regolamentari per il contenimento e il contrasto del diffondersi del virus Covid-19.

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 www.ordinepsicologifvg.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.

Per accedere al servizio:

- 1) è necessario compilare il modulo di consenso informato e riconsegnarlo alle insegnanti di classe/sezione entro **venerdì 29 gennaio 2020**.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del modulo che verrà consegnato in forma cartacea prima di sottoscriverlo.

Si ringrazia sentitamente per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Carla Ferrari

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....

..... nata ail ____/____/____ e residente a.....

..... in via/piazzan.....

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 Micol Collavini presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

MINORENNI

Il Sig. padre del minorenn.....

..... nata ail ____/____/____ e residente a.....

..... in via/piazzan.....

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 Micol Collavini 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/piazzan.....

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 dalla dott.ssa Micol Collavini presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

