



ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASIAN DI PRATO

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
[istruzione.it](http://www.istruzione.it) Codice meccanografico UDIC856004

- A Tutti i genitori/ Tutori
degli alunni della scuola secondaria di
primo grado "G. D. Bertoli" dell'I.C di Pa-
sian di Prato

LORO SEDI

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

Si informano le SS.VV. che, presso la Scuola Secondaria di primo grado "G.D. Bertoli" dell'Istituto Comprensivo di PAsian di Prato verrà riattivato lo **SPORTELLO D' ASCOLTO** con lo psicologo **MICHELE MANNINO**.

L'esperto sarà a disposizione di studenti, famiglie, docenti e operatori scolastici che desiderino un confronto per il quale è previsto il segreto professionale a tutela della privacy.

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.

Lo psicologo, 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.

Lo psicologo Dott. Michele Mannino prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto Comprensivo ha fornito le seguenti informazioni.

Le prestazioni rivolte agli alunni saranno rese in presenza presso la scuola secondaria di primo grado "G. D. Bertoli" e nel rispetto delle misure normative e regolamentari per il contenimento ed 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.ordinepsicologi.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 ai Coordinatori di classe entro **sabato 8 ottobre 2022**.

S' 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE
Stefano Stefanel

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....

..... 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 dal dott. Michele Mannino presso lo Sportello d' ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

MINORENNI

Il Sig. padre del minorene.....

..... nato 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 dal dott. Michele Mannino presso lo Sportello d' ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a..... il ___/___/___

Tutore del minorene.....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 dal dott. Michele Mannino presso lo Sportello d' ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore