

Servizio di Psicologia Scolastica Anno Scolastico 2021/2022

MODULO DI CONSENSO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Alunn _____

Plesso: _____ Classe: _____

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ Prov. _____, identificat _____

mediante documento _____ n° _____,

rilasciato da _____ il _____

_____adre/affidatario/tutore

e lo sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ Prov. _____, identificat _____

mediante documento _____ n° _____,

rilasciato da _____ il _____

_____adre/affidatario/tutore

esprimiamo il nostro consenso a che nostr _____ figli _____

nat _____ a _____ il _____, usufruisca dello sportello di ascolto
psicologico con la Psicologa del Servizio, Dottoressa Eleonora Mangano.

Lo Psicologo della scuola si assume la responsabilità di informare gli studenti di questi limiti relativi al segreto professionale ed è tenuto a informare lo/a studente prima di condividere le informazioni con terzi.

Il servizio di ascolto psicologico è un servizio breve e mirato a fornire strategie legate all'ambiente scolastico. Se l'interessato/a dovesse aver bisogno di un sostegno che vada al di là di ciò che la Psicologa della scuola può fornire, sarà premura di quest'ultima fornire alla famiglia indicazioni utili. La Psicologa della scuola è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile previo consenso dell'interessato/a e, in caso di minore età, di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Data _____

Firme

N.B. Il modulo deve contenere la firma di entrambi i genitori, se ambedue esercenti la patria potestà. In situazioni eccezionali, in cui solo un genitore risulti esercente la potestà genitoriale, sarà sufficiente la sua autorizzazione. In caso di minore in carico a persone diverse dai genitori, il modulo va compilato con i dati del tutore.

N.B. SE MAGGIORENNE, IL CONSENSO PUÒ ESSERE FIRMATO DALLO STUDENTE

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____, identificat__ mediante documento _____
n° _____, rilasciato da _____ il _____
frequentante la classe _____ sez. ____ dell'I.S.I.S. "Sciascia-Fermi", esprimo il consenso ad usufruire
degli incontri individuali con la Psicologa del Servizio Dottoressa Eleonora Mangano

Data _____

Firma

**SI PREGA DI INVIARE IL MODULO DI CONSENSO FIRMATO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:
eleonora.mangano@liceosciasciafermi.edu.it**