|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca | | |
| **Istituto Comprensivo Statale Pizzigoni – Carducci** | | |
| Via Siena n. 5 – 95128 CATANIA | | |
| ***E-mail:*** [***ctic8a900a@istruzione.it***](mailto:ctic8a900a@istruzione.it) | Tel. 095434300 | ***Pec:*** [***ctic8a900a@pec.istruzione.it***](mailto:ctic8a900a@pec.istruzione.it) |
| ***Codice Meccanografico: CTIC8A900A*** | [***http://www.icpizzigonicarducci.edu.it***](http://www.icpizzigonicarducci.edu.it) | ***Codice Fiscale: 93216120878*** |

|  |
| --- |
| Circolare n. 60  Catania, 4 dicembre 2020 |
|  |

|  |
| --- |
| A tutti i Genitori  e p.c. ai docenti |

Oggetto: errata-corrige modulo consenso progetto “sportello ascolto”.

**Si precisa che il modulo sul consenso informato presenta un errore di impaginazione nella parte relativa alle possibili scelte. Esse vanno intese come segue:**

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LE ATTIVITÀ***

**□ SI □ NO OSSERVAZIONE E INTERVENTO NEL GRUPPO CLASSE**

**□ SI □ NO COLLOQUI INDIVIDUALI**

**Pertanto o si compila il modulo qui allegato nella versione corretta o si apporta la correzione in quello cartaceo ricevuto attraverso gli alunni, in ogni caso alla lettura si riterranno:**

**la prima riga equivalente a: □ SI □ NO OSSERVAZIONE E INTERVENTO NEL GRUPPO CLASSE**

**la seconda riga equivalente a: □ SI □ NO COLLOQUI INDIVIDUALI**

Scusandosi, per l’inconveniente, si inviano distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Fernando Rizza



**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO**

**LO SPORTELLO DI ASCOLTO DELL’I.C. PIZZIGONI-CARDUCCI**

*Ai sensi dell’art. 24 del “Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”*

La Dott.ssa Nancy Pagliaroto, Psicologa - Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 6449 Sez.A, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto, istituito presso l’Istituto Pizzigoni – Carducci di Catania, fornisce le seguenti informazioni:

* Le prestazioni saranno rese presso i locali della scuola, secondo il calendario stabilito.
* Lo scopo e la natura dell’intervento professionale è un’attività di sportello di ascolto psicologico che prevede: colloqui individuali, finalizzati ad analizzare insieme alla famiglia, allo studente e agli insegnanti la richiesta d’aiuto, per poi concordare un percorso d’intervento psicologico, mirato a promuovere il benessere psicosociale; osservazioni e interventi all’interno della classe, finalizzati a rilevare le dinamiche relazionali, comunicative e comportamentali del gruppo e intervenire su di esse.
* Si concorda una fase di attività di sportello di ascolto psicologico pari all’intero anno scolastico 2020/2021, nei mesi di dicembre 2020 – giugno 2021 (l’estensione a tutta la seconda parte dell’anno è soggetta all’erogazione di ulteriori finanziamenti)*,* chesarà possibile adeguare ai cambiamenti personali e della relazione professionale.In qualsiasi momento i genitori dello studente potranno interrompere i colloqui individuali. Anche lo psicologo potrà fare lo stesso e proporre interventi più adatti al problema presentato.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. 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 LE ATTIVITÀ***

**□ SI □ NO OSSERVAZIONE E INTERVENTO NEL GRUPPO CLASSE**

**□ SI □ NO COLLOQUI INDIVIDUALI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**madre** del minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Nancy Pagliaroto presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**padre** del minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Nancy Pagliaroto presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

**PER ALUNNI SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Tutore** del minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 dalla Dott.ssa Nancy Pagliaroto presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore