

**Consenso informato per l'accesso
del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico**

I sottoscritti.....

Genitori (Altro specificare.....)

dell'alunno/a.....nato/a.....

il ___ / ___ / ___ frequentante la classe e sezione.....

Avendo letto e compreso l'informativa allegata per il servizio dello Sportello d'Ascolto Psicologico fornito dal Liceo "D. Berti" di Torino e volto a fornire agli studenti uno spazio di dialogo e di riflessione

Autorizzano

NON Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a, qualora ne avvertisse la necessità, ad usufruire dello sportello d'Ascolto Psicologico.

In fede

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Data ___ / ___ / ___ / Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, il consenso alla partecipazione all'indagine, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa. Infatti laddove per la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l'alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove sia irreperibile, il genitore che firma deve effettuare anche la seguente dichiarazione:

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla RESPONSABILITA' GENITORIALE di cui agli artt. 316, 317 e 337 ter e quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Nome e cognome del genitore (in stampatello)

Firma

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI

Il Liceo D. Berti offre il Servizio dello Sportello di Ascolto Psicologico. Tale attività vuole offrire una possibilità di ascolto per investigare le dinamiche di gruppo interne alle classi, i diversi livelli di socializzazione, far emergere le eventuali azioni di bullismo e sostenere gli allievi in difficoltà. Si ribadisce che il servizio non corrisponde ad un percorso eventualmente da proseguire nel tempo o ad un intervento di tipo terapeutico.

Altre strutture del territorio potranno eventualmente dare continuità a quanto emerso durante i colloqui a scuola.

1. La prestazione offerta riguarda colloqui psico-educativi presso l'Istituto nell'ambito del progetto Sportello di ascolto;
2. la prestazione è finalizzata ad offrire uno spazio di accoglienza e di orientamento, di ascolto e di counseling psicologico;
3. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato prevalentemente lo strumento del colloquio psicologico;
4. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori, si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi fino ad un massimo di 3 incontri di 45 minuti ciascuno in orario scolastico;
5. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/o psicologa/o la volontà di interruzione;
6. la/o psicologa/o può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
7. la/o psicologa/o è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
8. I colloqui potranno avvenire sia in presenza che in modalità remota attraverso la piattaforma Meet, utilizzando l'account istituzionale.

I dati personali e particolari (o sensibili) della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta.