



*Il Ministro dell'Istruzione e Merito*

## **Istituto Comprensivo Dosolo Pomponesco Viadana**

46030 San Matteo Delle Chiaviche, Via Colombo, 2

tel. 0375 800 041 Ufficio San Matteo – tel. Ufficio Dosolo 342 834 5995

Sito: [www.icdosolopomponescoviadana.edu.it](http://www.icdosolopomponescoviadana.edu.it)

Email: [mnic83000q@istruzione.it](mailto:mnic83000q@istruzione.it), [icdsp@icdosolopomponescoviadana.edu.it](mailto:icdsp@icdosolopomponescoviadana.edu.it), [Pec:mnic83000q@pec.istruzione.it](mailto:mnic83000q@pec.istruzione.it)

### **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO “ Insieme“**

La sottoscritta Dott.ssa Cinzia Cavalmoretti, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 15797, indirizzo mail: [cinziacavalmoretti@icdosolopomponescoviadana.edu.it](mailto:cinziacavalmoretti@icdosolopomponescoviadana.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto Psicologico presso l'Istituto Comprensivo Dosolo Pomponesco Viadana, fornisce le seguenti informazioni:

- i colloqui con i **ragazzi** saranno svolti in presenza a scuola (durante le lezioni, in giorni ed orari condivisi con alunni e docenti);
- i colloqui con i **genitori** saranno svolti, mandando una mail di richiesta a [dirigente@icdosolopomponescoviadana.edu.it](mailto:dirigente@icdosolopomponescoviadana.edu.it) che provvederà a inviare la richiesta alla psicologa Cinzia Cavalmoretti, la quale prenderà contatti direttamente via mail con i genitori per l'appuntamento. Nel caso fosse impossibile partecipare ai colloqui organizzati, si chiede di avvisare la dott.ssa Cavalmoretti all'indirizzo mail indicato, almeno 2h prima dell'orario concordato.

Le attività dello Sportello d'Ascolto saranno organizzate come di seguito:

- **tipologia d'intervento** : colloqui di consulenza psicologica / colloqui di sostegno psicologico .
- **Scopi**: il fine del colloquio sarà quello di accogliere ed analizzare il bisogno riportato , fornire sostegno psicologico , proporre strategie , valutare interventi concreti, orientare ad eventuali servizi sul territorio.
- **Durata dell'intervento** : ogni colloquio ha la durata di 30 minuti o di 60 minuti (a seconda del bisogno del ragazzo/genitore).

Il professionista nello svolgimento delle proprie funzioni , è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](http://www.opl.it) reperibile al sito [www.opl.it](http://www.opl.it)

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello d'Ascolto Psicologico saranno coperti dal **segreto professionale** e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente ( Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs n. 196/2003 , così come modificato dal D.lgs n.101/2018 ) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Firmando il presente Consenso Informato , valido per tutto l'anno scolastico 2023-2024 in corso, i genitori forniscono il benessere anche per la partecipazione del/della figlio/a ad eventuali osservazioni o progetti svolti in classe dalla dott.ssa Cavalmoretti, in accordo con il consiglio di classe, previa informazione ai genitori/tutori del ragazzo oggetto di osservazione. In tal caso i progetti pensati verranno brevemente illustrati ai genitori tramite avviso. La dott.ssa resta disponibile per chiarire qualsiasi dubbio in merito.

**Si invitano le persone interessate a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.**

La Professionista Dott.ssa \_\_\_\_\_

Da restituire a scuola

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA  
PRESSO LO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO “ Insieme “**

Alunna/Alunno minorenni : Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_, scuola secondaria di \_\_\_\_\_

**( Sono necessari i dati e le firme di ciascun genitore/tutore con responsabilità genitoriale sul minore, seppur i genitori siano separati o divorziati. )**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ **madre/tutrice** del / della minore,

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**dichiara** di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché la figlia/il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cinzia Cavalmoretti presso lo Sportello d'ascolto psicologico.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ **padre/tutore** del /della minore ,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**dichiara** di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché la figlia/il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cinzia Cavalmoretti presso lo Sportello d'ascolto psicologico.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

- autorizzano
- non autorizzano