



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
CPIA 4 Milano-Legnano



www.cpialegnano.edu.it mimm0cf007@istruzione.it mimm0cf007@pec.istruzione.it
☎ 0331540489 – 03311587821 C. F. 92048900150 – MIMM0CF007 - Via S. Teresa 30 20025
Legnano - MI

CONSENSO INFORMATO PER PROGETTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Con la presente si informa che presso la rete territoriale del CPIA di Legnano è stato attivato il progetto di supporto psicologico.

Tale progetto è svolto dalla dott.ssa Veronica Russo, Psicologa Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 11138, il cui recapito è:

mail veronicarusso@cpialegnano.edu.it

Gli obiettivi del progetto sono:

- la promozione del benessere, mediante l'offerta di uno spazio di ascolto e confronto con un adulto "neutrale";
- la prevenzione e l'individuazione precoce dell'insorgenza del disagio, scolastico e non;
- la prevenzione e/o il contenimento della dispersione scolastica;
- lo sviluppo delle potenzialità conoscitive e relazionali degli alunni;
- l'accompagnamento e il sostegno nel cammino di crescita.

- NON E' UNO SPAZIO DI TERAPIA ma solo uno strumento utile per potersi confrontare su difficoltà specifiche.

Per la realizzazione degli obiettivi, il progetto prevede che la psicologa:

- Effettui colloqui individuali in orario scolastico presso la scuola o on line in altro orario (secondo modalità da concordare), con gli studenti che ne facciano richiesta;
- Possa entrare nelle classi, previo accordo con gli insegnanti e la dirigente, per una conoscenza diretta dei ragazzi;
- Possa effettuare attività laboratoriali con il gruppo classe;
- Collabori con tutto il personale scolastico;
- Possa eventualmente incontrare gli insegnanti e il personale scolastico che ne facciano richiesta;
- Possa eventualmente incontrare i genitori che ne facciano richiesta SE il progetto sarà implementato.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

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 LE SOTTOSCRIZIONI DEL SOGGETTO SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI (studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI n.b. Firma congiunta di entrambi i genitori se esercenti la patria potestà

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ___/___/___

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 dalla dott.ssa Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

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 dalla dott.ssa Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

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

il ___/___/___

Tutore del minorenni.....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 dalla dott.ssa Veronica Russo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore