

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Sabrina Lattes, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 8361, fornisce le seguenti informazioni prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'IC Mattecci, Faenza Centro nell'a.s. 2024/2025.

Si richiede il consenso relativo alle attività di osservazioni del gruppo classe relativamente a: dinamiche di gruppo, situazioni comportamentali, difficoltà di concentrazione e di apprendimento, supporto al metodo di studio, consulenza e supporto ai docenti per lo sviluppo di strategie educative efficaci, incontri tematici rivolti al gruppo classe.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it

I dati personali e particolari, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I genitori o tutori autorizzano allo specialista di condividere con la scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

Il presente modulo deve essere **firmato da entrambi i genitori (anche nel caso di separazioni)** e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Firmato Dott.ssa Sabrina Lattes

AUTORIZZAZIONE ALL'OSSERVAZIONE IN CLASSE	
La Sig.ra _____ madre del/della minore _____	
Codice Fiscale madre _____	nata a _____ il ___/___/___ e
residente a _____	in via/piazza _____ n. _____
e il Sig. _____ padre del/della minore _____	
Codice Fiscale padre _____	nato a _____ il ___/___/___ e
residente a _____	in via/piazza _____ n. _____
dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a _____ della classe _____ Codice Fiscale figlio/a _____ nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ possa partecipare:	
alle attività di osservazione e incontri svolti in classe dalla dott.ssa Lattes nell'ambito del progetto di sostegno psicologico.	
Luogo e data _____	Firma della madre _____
	Firma del padre _____