

Dott.ssa Alessia Moiraghi

### Studenti

La sottoscritta dott.ssa Alessia Moiraghi Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 19074 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo di Casalpusterlengo fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso:

L'istituto sito in via Via Olimpo,6

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento : ascolto, supporto sia individuale che di gruppo

(b) modalità organizzative: sessioni d'ascolto della durata di 15 minuti previa prenotazione e previo consenso informato compilato e firmato in tutte le sue parti

(c) scopi: fornire supporto ed ascolto ad alunni e famiglie per migliorare il benessere a scuola e facilitare l'apprendimento e uno sviluppo armonico nel contesto scolastico. Prevenire il disagio e la dispersione scolastica. Formare il personale scolastico e le famiglie fornendo strategie operative e migliorare le relazioni tra studenti, tra studenti e docenti, tra famiglie e docente e tutta la rete di relazioni

(d) limiti: lo sportello d'ascolto non ha un'accezione terapeutica bensì supporto e orientamento;

(e) durata delle attività: fino al termine dell'anno scolastico;

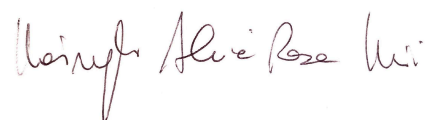
Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

[\(https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/\)](https://www.psy.it/la-professione-psicologica/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 i minorenni è necessaria la firma di entrambi i genitori)**

**Il Professionista**



**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA - Studenti**

Nome e cognome degli interessati o titolare/esercente la responsabilità genitoriale o tutore/curatore:

I sottoscritti

Madre/tutore .....

Nato/a a ..... il .....

Padre/tutore .....

Nato/a a ..... il .....

consapevole/i delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sotto la propria responsabilità

**DICHIARA/DICHIARANO**

DI ESSERE tutori/curatori di minore o titolare/i o esercente/i la responsabilità genitoriale di

dell'alunn\_

.....  
.....

frequentante: la classe ..... sezione ..... Plesso .....

Luogo e data

Firma leggibile Madre/tutore

Firma leggibile Padre/Tutore

.....

di aver preso visione del "CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO SCOLASTICO Dott.ssa Alessia Moiraghi"

Luogo e data

Firma leggibile Madre/tutore

Firma leggibile Padre/Tutore

.....

autorizzare       non autorizzare

con piena consapevolezza l'accesso del/della proprio/a figlio/figlia allo "Sportello d'Ascolto"

Luogo e data

Firma leggibile Madre/tutore

Firma leggibile Padre/Tutore

.....