

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

La sottoscritta:

- **Dott.ssa Gioia Fabiani**, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 13511, -
contatto telefonico n. **3401454808**, posta elettronica gioia.fabiani@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l' Istituto Comprensivo Statale Giovanni XXIII di Villanova di Guidonia, fornisce le seguenti informazioni:

1. le prestazioni saranno rese presso la sede principale dell'Istituto Comprensivo Statale Giovanni XXIII in Via Giuseppe Garibaldi Villanova (RM);
2. le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloqui individuali, colloqui a distanza, attività esperienziali, incontri con il gruppo classe, incontri di consulenza e informativi per le famiglie;

(b) modalità organizzative: attivazione dello spazio di ascolto settimanale nei giorni comunicati dalla scuola, previa prenotazione telefonica;

(c) scopi:

- attivare uno Sportello di ascolto e d'intervento per la consulenza, la prevenzione del disagio, delle difficoltà relazionali, della dispersione scolastica, del bullismo, rivolto alle famiglie, agli studenti e agli insegnanti;
- rispondere ai dubbi e alle domande dei ragazzi su temi e le problematiche che li riguardano;
- fornire un supporto costante nella gestione di situazioni difficili e di disagio sociale, scolastico e familiare;
- fornire un supporto psicologico al personale scolastico nei casi di stress lavorativo;
- potenziare le competenze comunicative e relazionali degli insegnanti;
- sviluppare nei genitori e nei docenti la capacità di risolvere le problematiche educative;
- sostenere la qualificazione del ruolo dei genitori attraverso incontri sulla genitorialità

(d) durata delle attività: dal 10 febbraio 2026 alla chiusura del corrente anno scolastico

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it. 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.

La Sig.ra madre del/la minorenn.....nato/a 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 sopra citata presso lo sportello di ascolto.

Luogo e data.....

Firma della madre

Il Sig.r padre del minorenn.....nato/a 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 sopra citata presso lo sportello di ascolto.

Luogo e data.....

Firma della padre