|  |
| --- |
| Visualizza immagine di origine  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON GUIDO CAGNOLA”**  **Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)**  Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577  icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it  sito: [www.icgazzada.edu.it](http://www.icgazzada.gov.it) codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128  codice univoco amm.ne UFTXQB |

**MODULO CONSENSO ATTIVITÀ SPORTELLO SUPPORTO PSICOLOGICO**

Si comunica che la dott.ssa Merola Maddalena, quale consulente psicologa per il progetto “Sportello Supporto psicologico”, svolgerà attività di supporto e consulenza destinate a studenti ucraini, famiglie e personale scolastico.

La consulenza psicologica mira a prevenire situazioni di disagio, a promuovere il benessere dei singoli e dei

gruppi, a sostenere la genitorialità determinando un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una

relazione di supporto.

Le attività prevedono nello specifico per gli alunni:

* Consulenze ai docenti sulla classe e ai singoli allievi
* Conduzione di possibili incontri tematici con il gruppo classe in presenza
* Conduzione di colloqui psicologici con gli alunni, con i professori e con i genitori che lo richiedono

In caso di richiesta di colloquio personale, la psicologa:

* valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani)

Le attività si svolgeranno nel rispetto delle normative vigenti per il trattamento dei dati personali (GPDR 2016/679 e D.lgs 196/2003) e della deontologia professionale e prevederanno il coinvolgimento dei genitori dove necessario.

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**DA RESTITUIRE AL COORDINATORE DI CLASSE**

**CONSENSO INFORMATO**

Noi sottoscritti (cognome e nome): ……………………………………….….……………nato a ……………..……..il ………..…….

e (cognome e nome) ……………………………………………………………… nata a………….…………..…….il …………..……

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul/i minore/i (cognome e nome)

………………………………………………. frequentante/i la classe …………… della scuola ……………………………….

della sede di ……………………………………….

**DICHIARIAMO**

Di aver preso visione delle attività e delle finalità previste dalla consulenza psicologica del progetto “Sportello supporto psicologico” e di autorizzarne lo svolgimento.

Data e luogo ………………………………………….. Firma di entrambi i genitori

………………………………………………………….

……….…………………………………………………

La presente autorizzazione ha validità sino al termine dell’ a.s. 2021-22.