



ISTITUTO COMPRENSIVO SATTA SPANO DE AMICIS

VIA G. M. ANGIOY, 8 – 09124 CAGLIARI

Tel. 070 663225

Indirizzo Mail: caic867003@istruzione.it

Indirizzo PEC: caic867003@pec.istruzione.it

Sito web: www.istitutocomprensivosattaspanodeamicis.edu.it

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO E LABORATORI GRUPPO CLASSE

La sottoscritta Dott.ssa MARIA MELINDA VARGIU, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sardegna n.925 cellulare 3288562267 Email mariamelinda1976@gmail.com PEC mariamelinda.vargiu.085@psypec.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto e agli interventi laboratoriali con i gruppi classe istituiti presso l'Istituto Scolastico "SATTA SPANO DE AMICIS MANNO" fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dell'Istituto Comprensivo
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate secondo il calendario definito con la Direzione Didattica e comunicato attraverso i canali istituzionali dell'Istituto;

A) Sportello d'ascolto: Il colloquio che si svolge all'interno dello Sportello d'Ascolto non ha fini terapeutici ma di counseling. Il counseling scolastico ha obiettivi limitati e cerca di produrre cambiamenti nei modi di vedere più che di essere, modificando le rappresentazioni che le persone hanno dei propri vissuti. Non rientra negli ambiti dell'intervento fare diagnosi o terapia, ma aiutare a individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con genitori e insegnanti in un'area psicopedagogica di intervento.

Obiettivi:

- Prevenire il disagio individuale e scolastico del bambino;
- favorire un sostegno al processo di formazione dell'identità;
- aumentare le capacità dei genitori di osservare il comportamento dei figli;
- aumentare nei genitori la consapevolezza dei loro comportamenti educativi;
- supportare il ruolo educativo di genitori e insegnanti;
- aiutare a gestire le diverse problematiche a carattere psicologico ed educativo che sorgono durante la crescita e che possono/debbono essere affrontate per tempo e con efficacia;
- costituire un punto di ascolto e di confronto in cui si favorisce la comprensione delle situazioni, si accolgono le difficoltà degli utenti: alunni, genitori ma anche docenti
- costituire uno spazio di confronto e di condivisione per genitori e insegnanti in cui acquisire strumenti per gestire situazioni di difficoltà.

Lo Sportello, come detto, non è pensato come luogo di trattamento di patologie, ma ha un carattere di consulenza e di individuazione di stati di disagio. E' cura della professionista orientare, se necessario, i genitori verso le risorse e i servizi specifici e specialistici in materia presenti sul Territorio. Il servizio è rivolto a docenti, genitori ed alunni, ma l'accesso a questi ultimi è legato al consenso dei genitori.

Modalità di accesso:

- Richiesta spontanea dei genitori
- Segnalazione di casi particolari da parte degli insegnanti (previa autorizzazione da parte di entrambi i genitori).
- Richiesta diretta delle/gli allieve/i (previa autorizzazione da parte di entrambi i genitori).

B) Intervento psicoeducazionale con il coinvolgimento del gruppo classe. Le tematiche specifiche (es. educazione socio-emotiva, educazione all'affettività e sessualità, comunicazione efficace etc.) così come il monte ore destinato verranno definiti con il coinvolgimento del gruppo classe e delle/gli docenti e avranno come obiettivi il rafforzamento dell'autostima, il miglioramento della consapevolezza emozionale, la prevenzione del bullismo e l'incremento delle capacità comunicative. L'intervento si svolgerà durante l'orario



di lezione (secondo il calendario che verrà predisposto in accordo con il Consiglio di classe e comunicato alle famiglie).

- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](http://www.ordinepsicologier.it) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) 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 Professionista Maria Melinda Vargiu

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Maria Melinda Vargiu

☐ Sportello di ascolto ☐ Intervento psicoeducazionale in classe

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Maria Melinda Vargiu

☐ Sportello di ascolto ☐ Intervento psicoeducazionale in classe

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/_____
Tutore del minore _____ in _____ ragione di _____
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Maria Melinda Vargiu

☐ Sportello di ascolto ☐ Intervento psicoeducazionale in classe

Luogo e data _____ Firma del tutore _____