

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO GLI SPORTELLI DI ASCOLTO SCOLASTICO E LABORATORI FORMATIVO ESPERIENZIALI

Le Psicologhe dell'Associazione Percorsi Unici, iscritte regolarmente all'Ordine degli Psicologi del Lazio prima di rendere le prestazioni professionali relative al progetto Progetto "Scuole Aperte il pomeriggio, la sera, nei weekend" aa.ss. 2025/2026 e 2026/2027 c/o I.C. Matteo Ricci Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di Primo Grado forniscono le seguenti informazioni.

- Tipologia d'intervento:
 - a. servizio d'ascolto psicologico per prevenire e gestire eventuali difficoltà che emergono nel contesto scolastico;
 - b. fornire uno spazio di ascolto e un contenitore protetto, in cui poter esprimere tutte le proprie emozioni ed esplicitare richieste e/o difficoltà personali;
 - c. migliorare le capacità relazionali del singolo e/o del gruppo;
- Modalità organizzative:
 - a. l'attività potrà essere svolta individualmente, attraverso colloquio psicologico, previa prenotazione dell'incontro e in gruppo, attraverso incontri a tema, osservazioni e altre attività previste dal progetto.
- Scopi:
 - a. promuovere il benessere psicologico e scolastico, favorendo il potenziamento delle abilità emotive e relazionali di alunni, genitori ed insegnanti;
 - b. fornire strumenti idonei nel superamento di difficoltà emotive e scolastiche a tutti i soggetti coinvolti;
- Limiti:
 1. la prestazione è rivolta esclusivamente agli alunni, ai genitori ed agli insegnanti che presentano il consenso informato ed è limitata al contesto scolastico e al progetto in oggetto;
 2. in caso di esigenze specifiche espresse dai minori saranno coinvolti anche i genitori;
 3. L'intervento non avrà carattere terapeutico, ma si configurerà come un'attività di consulenza psico-pedagogica mirata e/o di mediazione tra le figure coinvolte.
- Durata prevista delle attività:
 1. Due anni: da Ottobre 2025 a Maggio 2026 e da Ottobre 2026 a Maggio 2027

Le professioniste dell'Associazione Percorsi Unici, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenute 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.

Le prestazioni previste dallo sportello di ascolto saranno rese esclusivamente a coloro che presentano il consenso informato.

A questo proposito sono stati redatti moduli distinti che vanno compilati dai diretti interessati e/o dai genitori nel caso di minori; si invitano tutti coloro che sono interessati ad usufruire di tale servizio, a leggere con attenzione il contenuto dei moduli di seguito riportati prima di sottoscriverli

Le Psicologhe dell'Associazione Percorsi Unici

Viviana De Rosa	Iscr n. 12134	dotvderosa.psy@gmail.com PEC: vdr2016@pec.it	+39 338 613 7803
Valeria Marsiliani	Iscr n. 3822	vale.marsiliani1963@gmail.com	+39 3476177847
Barbara Gilardoni	Iscr n. 11956	barbara.gilardoni@gmail.com PEC: barbara.gilardoni@psypec.it	+39 3384463682
Natalia De Sanctis	Iscr n. 31574	nataliadesanctispsicologa@gmail.com PEC: ndesanctis@pec.it	+39 3920516628
Loredana Calò	Iscr n. 8786	loredanacalo@fastwebnet.it PEC: loredanacalo@psypec.it	+39 3384646659

Caterina Taccone	Iscr n. 9033	caterinataccone@gmail.com PEC: caterinataccone@psypc.it	+39 3286286749
------------------	--------------	--	----------------

SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI GENITORI o INSEGNANTI

Io sottoscritto/a nato/a C.F.
 il ____/____/____ e residente a in
 via/piazza.....n.....
 CAP.....Telefono.....Email..... dichiara di aver compreso
 quanto illustrato dalle professioniste coinvolte e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni
 professionali rese dalle Dott.sse dell'Associazione Percorsi Unici presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

MINORENNI

La Sig.ra/Il Sig.....genitore del minore nato a
 il ____/____/____ e residente ain
 via/piazza.....n.....CAP.....
 Email..... telefono.....
 C.F.....
 dichiara di aver compreso quanto illustrato dalle professioniste coinvolte e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare
 il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalle Dott.sse dell'Associazione Percorsi Unici presso
 lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del genitore

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.....in via/piazza.....
n.....CAP.....
 dichiara di aver compreso quanto illustrato dalle professioniste coinvolte e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare
 il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalle Dott.sse dell'Associazione Percorsi Unici presso
 lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore