

## ISTITUTO COMPRENSIVO "DON LORENZO MILANI"



Via Duca d'Aosta, 24 - 33059 Fiumicello Villa Vicentina (UD)  
C.F. 90020590304 ☎ 0431 972739 🌐 <https://icaquileia.edu.it>  
✉ [udic84600d@istruzione.it](mailto:udic84600d@istruzione.it) - [udic84600d@pec.istruzione.it](mailto:udic84600d@pec.istruzione.it)



*Veleggiare insieme*

### CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

#### PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO "PARLIAMONE INSIEME"

Le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto "Parliamone Insieme" verranno gestite dalla Dott.ssa Beatrice Severini; saranno rese presso tutte le sedi dell'Istituzione scolastica in tutti i gradi di scuola (n. 10 plessi nei Comuni di Aquileia, Fiumicello Villa Vicentina, Terzo di Aquileia) o, in caso di necessità, attraverso l'uso dell'applicativo Google Meet.

Le attività dello Sportello d'Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e tutto il personale scolastico.

Si sottolinea il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art.11 del "Codice deontologico degli psicologi italiani").

- Modalità organizzative

Lo Sportello d'Ascolto è rivolto ai ragazzi delle Scuole Secondarie di I grado, a tutto il personale scolastico e ai genitori degli alunni dell'IC "Don L. Milani" di Aquileia. Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione dello stesso con la seguente modalità:

- ✓ Richiesta tramite email all'indirizzo: [beatrice.severini@icaquileia.it](mailto:beatrice.severini@icaquileia.it)
- ✓ Indicazione di un recapito telefonico
- ✓ Disdetta appuntamento: è gradita la disdetta dell'appuntamento entro le 48 ore precedenti, o comunque appena possibile, in modo da permettere alla specialista di offrire quello spazio ad altri utenti.

- Limiti

Per l'accesso al servizio da parte degli studenti della scuola secondaria di primo grado è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori.

In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

- Durata delle attività

Lo Sportello d'Ascolto "Parliamone Insieme" sarà attivo dal mese di ottobre 2023.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla vigente normativa (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 qualsiasi dubbio o domanda è possibile rivolgersi alla referente dello Sportello D'ascolto, Alessandra Deffenu, scrivendo una email al seguente indirizzo: [alessandra.deffenu@icaquileia.it](mailto:alessandra.deffenu@icaquileia.it)

In qualità di genitori del/della minore.....

che frequenta la classe.....

La Sig.ra .....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a.....in  
via/piazza.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato nel documento qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Beatrice Severini presso lo Sportello d'Ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Sig.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e ..... residente  
a..... in  
via/piazza.....n.....d

dichiara di aver compreso quanto illustrato nel documento qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Beatrice Severini presso lo Sportello d'Ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MINORI SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....

nata/o a .....il \_\_/\_\_/\_\_

Tutore del minore..... che frequenta la classe ..... in ragione di

(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....  
..... residente

a.....

in via/piazza.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato nel documento 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 Beatrice Severini presso lo Sportello d'Ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_