



ROMA  
SCUOLA  
APERTA



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Ministero dell'Istruzione



We prepare for

Cambridge

English Qualifications



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPrensIVO "ANGELICABALABANOFF" RMIC81500N

Sede Amministrativa e Scuola Sec. 1°: Via A. Balabanoff, 62-00155 Roma - Tel./Fax: 064070038  
Scuola Primaria: Via A. Balabanoff, 60 - Tel. 0640500480 - Sede Scuola Sec. 1°: Via Scalarini, 25 - Tel. 064065398 e-mail: [rmic81500n@istruzione.it](mailto:rmic81500n@istruzione.it); pec: [rmic81500n@pec.istruzione.it](mailto:rmic81500n@pec.istruzione.it); sito web: <http://www.icbalabanoff.edu.it/>  
C.F. 97061100588 - CCPn. 57503005 - C.U.F.E. UF4MJ

**CONSENSO INFORMATO SPORTELLO SCOLASTICO D'ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA**  
**Ai sensi dell'art. 31 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"**

**A CURA DEI GENITORI/TUTORI LEGALI - DA COMPILARE IN STAMPATELLO - \*campi obbligatori**

\*NOME e COGNOME della MADRE/TUTORE 1: \_\_\_\_\_

\*Nata a: \_\_\_\_\_ \*il: \_\_\_\_\_

\*residente in: \_\_\_\_\_ \*via: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ \*Telefono o cellulare: \_\_\_\_\_

E \*NOME e COGNOME del PADRE/TUTORE 2: \_\_\_\_\_

\*Nato a: \_\_\_\_\_ \*il: \_\_\_\_\_

\*residente in: \_\_\_\_\_ \*via: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ \*Telefono cellulare: \_\_\_\_\_

\*in qualità di:  Genitori  Tutori legali

DI \* NOME e COGNOME (del minore): \_\_\_\_\_

M  F

\*nato/a a: \_\_\_\_\_ \* il (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

\*residente in: \_\_\_\_\_ \*via: \_\_\_\_\_

\*frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

\*  Sono informato/a (unico genitore/tutore legale) oppure  Siamo informati (entrambi genitori/tutori legali)

che il servizio sarà così organizzato:

- **tipologia d'intervento:** colloqui individuali di ascolto, sostegno, informazione e orientamento;
- **scopi:** promuovere il benessere e la salute a scuola, prevenire e contrastare il disagio affettivo e relazionale, offrire supporto, consulenza e orientamento rispetto a situazioni che si fa fatica a fronteggiare; raccogliere segnalazioni in merito a bisogni specifici;
- **modalità organizzative:** il servizio si svolge in orario scolastico, a cura delle dott.sse Ilaria Saponaro e Cristiana Rolli e per fare richiesta si può inviare una mail a [sportello.ascolto@icbalabanoff.edu.it](mailto:sportello.ascolto@icbalabanoff.edu.it)
- **limiti:** la prestazione offerta non è una psicoterapia, ma una consulenza psicologica per potenziare il benessere psicologico;
- **durata delle attività:** la frequenza dei colloqui sarà valutata in base alla problematica riscontrata ed alla disponibilità personale e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti sia individuali sia della situazione sanitaria complessiva;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://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.

**Avendo acquisito sufficienti informazioni sulle modalità con cui verrà erogato il servizio:**

\*  PRESTO/PRESTIAMO IL CONSENSO       NEGO/NEGHIAMO IL CONSENSO

**A svolgere dei colloqui con le professioniste a cui il servizio è stato affidato - (consenso necessario ai fini della partecipazione).**

**LUOGO e DATA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA GENITORE 1:** \_\_\_\_\_

**FIRMA GENITORE 2:** \_\_\_\_\_