



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "Antonio Vivaldi"

Via Mar Rosso, 68 - 00122 ROMA

☎ 06 5681124 - 📠 06 56389161 - ✉ rmic8fm00v@istruzione.it; rmic8fm00v@pec.istruzione.it

www.comprensivomarrosso.gov.it

Nell'ambito del progetto "Sportello di Ascolto Psicopedagogico" del nostro Istituto Comprensivo, oltre ai colloqui individuali, sono previsti anche incontri con le singole classi allo scopo di favorire la "co-creazione" di uno spazio e di una realtà "co-costruita" in cui poter prendere coscienza di sé, dell'altro da sé e discutere dei propri vissuti ed emozioni.

Tale attività è, inoltre, utile al fine di individuare le dinamiche emotive e relazionali del sistema classe: osservare come i pari si relazionano fra loro e con l'insegnante consente di individuare i bisogni, le risorse e le eventuali problematiche.

In ultimo, potrà costituire anche un'opportunità di orientamento per le scelte future.

Per l'accesso del minore agli incontri di classe sarà necessaria l'autorizzazione e il consenso firmati da entrambi i genitori.

Qualora dovessero sorgere dei problemi sui quali fosse importante intervenire dal punto di vista educativo/preventivo, la psicologa fornirà alla scuola opportune indicazioni per promuovere in seguito nuove iniziative di prevenzione o intervento.

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE AGLI
INCONTRI DI GRUPPO-CLASSE**

Noi sottoscritti:

Padre: _____ (CF: _____)

Madre: _____ (CF: _____)

Genitori dell'Alunno/a _____ (CF: _____)

Classe _____ Scuola _____

AUTORIZZIAMO

NONAUTORIZZIAMO

la Dr.ssa Trussardi Giovanna (cell.391/7036442), docente dell'Istituto e Psicologa Clinica iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio (n. **23593**), nell'ambito del progetto Sportello d'Ascolto Psicopedagogico, ad effettuare dei laboratori e delle osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a al fine di migliorare le dinamiche di gruppo degli alunni e le strategie educative per

promuovere la salute e il benessere psicologico.

AUTORIZZIAMO

NONAUTORIZZIAMO

La Dr.ssa Trussardi Giovanna a condividere con gli insegnanti e con il Dirigente Scolastico i contenuti emersi durante il laboratorio/osservazione effettuati.

Padre _____

Madre _____

I dati personali e sensibili raccolti durante tutta l'attività, 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.

Padre _____

Madre _____

Nel caso di un solo firmatario

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 377 ter e 337 quater del Codice Civile, dichiara di aver acquisito il consenso anche dell'altro genitore.

Roma, _____

Firma

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 _____ n.

Dichiara di aver compreso quanto illustrato 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 Trussardi Giovanna.

Roma, _____

Firma
