

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La Dott.ssa Lavinia Lombardi, Psicologa - Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 15910, ([lombardi@apc.it](mailto:lombardi@apc.it), numero di telefono 328 4451980) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Istituto Comprensivo Pollione fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la Scuola Istituto Comprensivo Pollione Via Emanuele Filiberto, 73, Formia LT;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: interventi di supporto per alunni, genitori, ed insegnanti attraverso lo "sportello ascolto" al fine di prevenire ed intervenire sul disagio psicologico.;

(b) modalità organizzative: A partire dal mercoledì 6 ottobre 2021. Verranno previste quattro ore con frequenza settimanale (fascia antimeridiana) attraverso il colloquio in presenza presso i locali dell'Istituto Comprensivo Vitruvio Pollione. In casi eccezionali è possibile, previa discrezione della Dott.ssa Lavinia Lombardi, prenotare un colloquio on line nella fascia pomeridiana. È necessario chiedere appuntamento seguendo due modalità:

- o via mail all'indirizzo [lombardi@apc.it](mailto:lombardi@apc.it)
- oppure scrivendo un messaggio al numero 328 4451980.

(c) scopi: Potranno essere affrontate tematiche di:

- difficoltà scolastica;
- difficoltà emotiva e comportamentale;
- difficoltà di gestione delle classi difficili;
- Bullismo e cyber bullismo;
- Gestione dei comportamenti problema dei figli;
- Gestione dello stress degli insegnanti.

(d) limiti: Non è, dunque, una forma di psicoterapia individuale, né di diagnosi psicologica. La finalità primaria consiste nel fare il punto, con il richiedente, sulla sua situazione attuale, e successivamente prendere delle decisioni circa i passi da attuare per una valida gestione del problema presentato;

(e) durata delle attività: Il colloquio sarà individuale ed avrà durata di 30 minuti per ciascun utente;

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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma) *Lucrezia Rumbaldi*

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

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

e residente a .....

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....

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

e residente a .....

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

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 e qui sopra riportato e decide con piena  
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali  
rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore