

Servizio di Psicologia Scolastica Anno Scolastico 2024/2025

MODULO DI CONSENSO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Alunn _____

Classe: _____ Indirizzo: _____

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ Prov. _____, identificat _____
mediante documento _____ n° _____,
rilasciato da _____ il _____
_____adre/affidatario/tutore

e lo sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ Prov. _____, identificat _____
mediante documento _____ n° _____,
rilasciato da _____ il _____
_____adre/affidatario/tutore

esprimiamo il consenso a che nostr _____ figli _____
nat _____ a _____ il _____, usufruisca dello sportello di ascolto
psicologico con la Psicologa del Servizio, Dottoressa Eleonora Mangano.

La Psicologa della scuola si assume la responsabilità di informare gli studenti di questi limiti relativi
al segreto professionale ed è tenuta a informare lo/a studente prima di condividere le informazioni
con terzi.

Il servizio di ascolto psicologico è un servizio breve e mirato a fornire strategie legate all'ambiente
scolastico. Se l'interessato/a dovesse aver bisogno di un sostegno che vada al di là di ciò che la
Psicologa della scuola può fornire, sarà premura di quest'ultima fornire alla famiglia indicazioni utili.
La Psicologa è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede
anche l'obbligo al segreto professionale derogabile previo consenso dell'interessato/a e, in caso di
minore età, di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Data _____

Firme

N.B. Il modulo deve contenere la firma di entrambi i genitori, se ambedue esercenti la responsabilità genitoriale. In situazioni eccezionali, in cui solo un genitore risulti esercente la responsabilità genitoriale sarà sufficiente la sua autorizzazione. In caso di minore in carico a persone diverse dai genitori il modulo va compilato con i dati del tutore.

N.B. SE MAGGIORENNE, IL CONSENSO PUÒ ESSERE FIRMATO DALLO STUDENTE

__/__/__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____ a
_____, identificat__ mediante documento _____
n° _____, rilasciato da _____ il _____
frequentante la classe ____ sez. ____ indirizzo _____ del Liceo Lucio Piccolo,
esprimo il consenso ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa del Servizio Dottoressa
Eleonora Mangano.

Data _____

Firma

SI PREGA DI INVIARE IL MODULO DI CONSENSO FIRMATO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:

eleonora.mangano@liceoluciopiccolo.edu.it oppure tramite whatsapp al numero 328.8237340.