

Consenso Informato e Richiesta Adesione

ai fini della partecipazione allo Spazio Ascolto-Scuola Primaria

La Dottoressa Margherita Signorini, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Toscana al numero 7767, offre nell'ambito del progetto di potenziamento degli sportelli di ascolto attivato dal nostro Istituto presso il plesso di via Spinetoli 96 uno spazio di ascolto rivolto agli alunni della Scuola Primaria di Corcolle e San Vittorino.

- Il progetto si propone di accogliere in uno spazio protetto, gli alunni che manifestino un disagio personale.
- Il progetto si svolgerà dal 30 Gennaio 2024 al 30 Giugno 2025 e prevede quanto segue:
 - l'accoglienza di Voi e Vostro/a figlio/a nei giorni ed orari calendarizzati e pubblicati sul sito dell'istituto, sezione "Servizi", pagina "Famiglie e Studenti", servizio "Sportello d'ascolto" (colloqui di 60 minuti circa) presso l'auletta sulla destra nel corridoio per l'aula magna in via Spinetoli a Corcolle;
 - l'eventuale osservazione del bambino si svolgerà previa autorizzazione dei genitori, in situazione di gioco libero, eventualmente in presenza del genitore;
 - una fase conclusiva di elaborazione dell'esperienza e valutazione del progetto.

L'adesione è completamente volontaria e gratuita; può essere revocata in qualsiasi momento.

Per usufruire del servizio è necessario portare compilata e firmata da entrambi i genitori/tutore/affidatario la sottostante autorizzazione e consegnarla alla Dottoressa Signorini, referente dello sportello di ascolto, al primo appuntamento concordato.

Lo spazio è prenotabile contattando **direttamente la Dottoressa Signorini al 327 079 2539** (per prenotazioni è attiva anche la messaggistica WhatsApp).

AUTORIZZAZIONE

(necessaria l'autorizzazione da parte di tutti coloro che esercitano la patria potestà)

I sottoscritti:

Padre/tutore/ affidatario.....

Madre/tutore/affidatario

esercanti la patria potestà sull'alunno/a.....nato/a a.....il.....

dichiarano di aver letto e compreso la presente comunicazione e

AUTORIZZANO

Il/la sopracitato/a alunno/a ad usufruire allo sportello di ascolto, previo appuntamento concordato.

I genitori autorizzano inoltre la Dottoressa ad utilizzare il contatto (mail o n. telefonico) lasciato dall'alunno/a per eventuali comunicazioni/appuntamenti. Dichiarano, infine, di aver preso visione dell'informativa sulla privacy pubblicata sul sito dell'Istituto ed acconsentono al trattamento dei dati sensibili per gli scopi di cui sopra.

Roma, data _____

Firme:

Padre/tutore/ affidatario.....

Madre/tutore/affidatario