PROGETTO ORIENTAMENTO:

**CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI DELL’ALUNNO**

# A.S. /

I sottoscritti genitori

**Padre** (o tutore legale) nato a ( ) il , residente a , in via ,

**Madre** nata a ( )

il , residente a , in via , (qualora diversa da quella del padre)

genitori/affidatari dell' alunno/a data di nascita / / frequentante la classe della scuola Primaria/Secondaria di Via

facente parte dell’Istituto Comprensivo Publio Vibio Mariano

DICHIARANO DI ESSERE INFORMATI

# SPORTELLO D’ASCOLTO/ORIENTAMENTO

* in merito alle attività previste dal servizio dello Sportello d’ascolto/orientamento finalizzate al benessere psicologico, al sostegno dell’età evolutiva, alla crescita personale, al supporto emotivo-affettivo, **all’orientamento** e mediazione nella gestione delle dinamiche relazionali a supporto del benessere e superamento del disagio del proprio figlio/a;
* che **in merito alle attività di orientamento** che saranno svolti colloqui motivazionali individuali con possibile somministrazione di questionari attitudinali e sul metodo di studio al fine di:
  + supportare la consapevolezza delle attitudini individuali;
  + rafforzare la motivazione e l’autoefficacia scolastica;
  + fornire supporto nella scelta del percorso di studi successivo;
* che il servizio dello Sportello d’ascolto/orientamento consiste in **colloqui individuali** della durata di circa 20 minuti, che si svolgono in presenza presso una delle sedi scolastiche, previo appuntamento;
* che allo Sportello d’ascolto/orientamento possono accedere solamente gli alunni che hanno consegnato la presente autorizzazione firmata da entrambi i genitori;
* che i colloqui NON hanno una finalità terapeutica, ma costituiscono un momento d’ascolto e consulenza in un’ottica di promozione del benessere e orientamento;
* che lo psicologo scolastico è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, ed è tenuto al segreto professionale (Art.11);
* che gli incontri sono gratuiti, vincolati dal segreto professionale e si svolgono nel rispetto della privacy;
* che il servizio dello sportello d’ascolto/orientamento sarà svolto dal **Dott.ssa Margherita Ciciarelli**

psicologo iscritto all’ordine degli psicologi con n.9660 - **Cell. 3387869148**;

* che per prenotare un appuntamento l’alunno/a o il genitore dovrà contattare l’esperto inviando un messaggio whatsapp al numero 3387869148 indicando nome, cognome e classe frequentata.
* che gli interventi saranno realizzati dal **Dott.ssa Margherita Ciciarelli** – psicologo iscritto all’ordine degli psicologi con n. 9660 - cell. 338-7869148;

Per quanto sopra descritto, in relazione alle attività del progetto “Sportello d’ascolto, supporto psicologico e orientamento scolastico/orientamento”

# AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

il proprio figlio/a ad usufruire dei **colloqui individuali d’orientamento– sportello d’ascolto** con lo psicologo scolastico

# AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

La **Dott.ssa Margherita Ciciaelli** al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal D.Lgs 196/03.

Roma,

Firma dei genitori\* (madre) (padre)

\* In caso di unico genitore firmatario, nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, genitore unico firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIRA

di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma