

## Modulo Di Consenso Per L'accesso Allo Sportello D'ascolto Psicologico

Alunno/a: .....

Plesso: .....

Classe: .....

Esercente responsabilità genitoriale: .....

Esercente responsabilità genitoriale: .....

Con il presente modulo **diamo il consenso** affinché nostro/a figlio/a \_\_\_\_\_, usufruisca dello sportello di ascolto psicologico offerto dallo Psicologo della Scuola nella persona della **Dott.ssa Coluccia Giulia** attraverso colloqui individuali e/o di interventi di classe in presenza e online presso l'IC CONFALONIERI.

Lo Psicologo della scuola è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile previo consenso del paziente e, in caso di minore età, di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Lo Psicologo della scuola è tenuto per legge a condividere le informazioni con i genitori o altri professionisti coinvolti in determinate circostanze:

- Laddove lo studente rappresenti un pericolo per sé o per gli altri;
- Laddove lo studente presenti evidenze o abbia condiviso esperienze di abuso (fisico o sessuale) o trascuratezza;
- Laddove lo studente rappresenti una minaccia alla sicurezza scolastica;
- Laddove vi siano delle procedure criminali o penali pendenti;

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

Siamo consapevoli del fatto che il servizio di ascolto psicologico, che sia individuale o di intervento in classe, è un servizio breve e mirato a fornire strategie legate all'ambiente scolastico. Se nostro figlio dovesse aver bisogno di un sostegno che vada al di là di ciò che lo Psicologo della scuola può fornire, sarà premura di quest'ultimo fornire alla famiglia una lista di persone interne o esterne alla scuola da poter contattare.

Il presente consenso è valido finché la **Dott.ssa Coluccia Giulia** sarà lo Psicologo della scuola presso l'IC CONFALONIERI.

Comprendiamo il fatto che il servizio di sportello di ascolto è su base volontaria. Nostro figlio o noi stessi possiamo interrompere il servizio in qualsiasi momento.

Siamo consapevoli del fatto che in qualsiasi momento ci è concesso di richiedere e ricevere informazioni circa i metodi e le tecniche utilizzate dallo Psicologo della scuola e la durata del servizio. Siamo liberi di richiedere un secondo parere o interrompere il servizio di ascolto psicologico in qualsiasi momento.

Nel caso in cui ci fosse un ritorno alla didattica a distanza, lo Psicologo della scuola offrirà la possibilità di passare a incontri online (attraverso le piattaforme Teams o Zoom).

Io sottoscritto/Noi sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in qualità di esercente/i la responsabilità genitoriale sul/sulla minore \_\_\_\_\_ ho/abbiamo letto e compreso i termini del Consenso per l'accesso allo sportello di ascolto offerto dallo psicologo della scuola

**Noi/io diamo/do il consenso** affinché nostro/a mio/a figlio/a usufruisca **integralmente e completamente** del servizio di ascolto psicologico individuale e/o di interventi in classe presso l'IC CONFALONIERI.

*(Siamo consapevoli del fatto che possiamo ritirare il nostro consenso in qualsiasi momento rimandando il presente modulo o firmando e datando un documento nel quale viene richiesto l'interruzione del servizio)*

Al momento neghiamo/nego il consenso affinché nostro/a mio/a figlio/a usufruisca del servizio di ascolto psicologico presso l'IC CONFALONIERI.

*(Siamo consapevoli del fatto che possiamo richiedere che venga attivato il servizio di counselling per nostro/a figlio/a in qualsiasi momento, se necessario)*

Noi/io diamo/do il consenso affinché nostro/a mio/a figlio/a usufruisca **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** della possibilità di partecipare agli **interventi in classe** forniti dallo Psicologo della Scuola.

*(Siamo consapevoli del fatto che possiamo ritirare il nostro consenso in qualsiasi momento rimandando il presente modulo o firmando e datando un documento nel quale viene richiesto l'interruzione del servizio)*

Esercente la responsabilità Genitoriale \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Esercente la responsabilità Genitoriale \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*È consentita una singola firma solo nel caso in cui vi sia un solo genitore esercente la responsabilità genitoriale.*

**Si prega di inviare il Modulo di Consenso firmato al seguente indirizzo mail gestita dalla Dott.ssa: Coluccia Giulia**

**[sportellopsicologicopavoni@istitutoconfalonieri.edu.it](mailto:sportellopsicologicopavoni@istitutoconfalonieri.edu.it)**

## Informed Consent for School Counseling Services

Our child \_\_\_\_\_, has our consent to participate in counseling services, in either a one-to-one or a group setting, provided at IC CONFALONIERI by the School Counsellor **Dr. Coluccia Giulia**

The counsellor is required by law to share information with parents in certain circumstances:

- Presenting a serious danger to self or another person
- Evidence or disclosure of abuse (physically or sexually) or neglect
- Threats to school security
- Criminal or delinquency proceedings are pending

The counsellor will make the child aware of these limits of confidentiality and will inform the child when sharing information with others.

We understand that school counseling services, either individually or in a small group setting, are brief and solution-focused, targeted to the school environment. If our child requires services that are beyond the scope of a school counsellor, the school counsellor will provide us with a list of both internal and external resources.

This consent form is valid while **Dr. Coluccia Giulia** is the School Counsellor at IC CONFALONIERI. We understand that counseling services are completely voluntary. Our child or us can discontinue services at any time.

We understand that we are entitled to ask questions and receive information about methods or techniques used by the counselor and the length of counseling. You are free to seek a second opinion or end counseling at any time.

In the event of a school closure, the IC CONFALONIERI school counsellor will offer virtual session (Teams or Zoom).

**Child's Name** \_\_\_\_\_

We, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_, legal parents/guardians of \_\_\_\_\_, have read, understand and agree to the terms of the School Counselling Informed Consent.

*In case of one only legal parent/guardian, please fill in the following statement.*

I \_\_\_\_\_, am the legal parent/guardian of \_\_\_\_\_, I have read, understand and agree to the terms of the School Counseling Informed Consent.

**Please tick one:**

We/I give permission for our/my child to receive individual and/or group counseling services while attending the ICS of Milan.

*(We/I understand that we/I may withdraw our consent at any time by sign in and dating a written note requesting termination of counseling services)*

We/I choose to decline school counseling services for our/my child at this time

*(We/I understand that we/I may request counseling services at a later date if needed)*

We/I give permission for our/my child to receive ONLY group counseling services while attending th ICS of Milan.

*(We/I understand that we/I may withdraw our consent at any time by sign in and dating a written note requesting termination of counseling services)*

Legal parent/guardian of the Child \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

(Name and Surname)

Date \_\_\_\_\_

Legal parent/guardian of the Child \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

(Name and Surname)

Date \_\_\_\_\_

*In case of one only legal parent/guardian, a single signature is requested.*

**Please send the signed form to the following email account which is managed by Dr. Coluccia Giulia**

**[sportellopsicologicopavoni@istitutoconfalonieri.edu.it](mailto:sportellopsicologicopavoni@istitutoconfalonieri.edu.it)**