

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLO
"SPORTELLO D'ASCOLTO"**

Alla Dirigente Scolastica

ITT "Guido Dorso" di Avellino

Informativa

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

a) tipologia d'intervento: Colloqui individuali; Interventi nel gruppo classe di tipo psico-educazionale; incontri di tipo informativo/formativo; gruppi di confronto; circle time.

b) modalità organizzative: per accedere al servizio di "sportello ascolto" è necessaria la prenotazione

c) scopi: incrementare il benessere personale degli studenti e del gruppo classe; prevenire e/o contenere situazioni di disagio o sofferenza sia a livello individuale che relazionale; incrementare le capacità di problem solving; favorire ed incentivare le relazioni interpersonali.

d) limiti: non è possibile contattare il professionista al di fuori del contesto "Sportello di Ascolto Scolastico".

La dott.ssa Jessica Forcellati, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Il/La sottoscritto/a.....

studente/studentessa.....frequentante la

classe..... sez..... dichiara di voler partecipare allo "SPORTELLO D'ASCOLTO"

il giorno Dichiara di aver compreso quanto indicato

nell'informativa, anche con riferimento al trattamento dei dati personali e particolari, e di aver deciso

con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Jessica

Forcellati presso lo Sportello di ascolto.

Avellino

Firma

.....

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO
PER STUDENTI/STUDENTESSE MINORENNI

Alla Dirigente Scolastica

ITT "Guido Dorso" di Avellino

I/Il/La sottoscritti/o/a.....

- genitori/e
 affidatario
 tutore (per il tutore indicare provvedimento Autorità emanante, data numero.....)

dello/a studente/studentessa.....frequentante la
classe.....sez..... dichiara di essere a conoscenza del servizio offerto dallo
Sportello d'Ascolto con la dott.ssa Jessica Forcellati.

AUTORIZZANO/A NON AUTORIZZANO/A

il/la proprio/a figlio/a, minorenni, ad usufruire degli incontri previsti dallo Sportello d'ascolto (*la scelta operata è valida fino a revoca da parte del sottoscrittore*).

Dichiarano/a di aver compreso quanto indicato nell'informativa, anche con riferimento al
trattamento dei dati personali e particolari, e di aver deciso con piena consapevolezza di avvalersi
delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Jessica Forcellati presso lo Sportello di ascolto.

- ___ I ___ sottoscritt___, consapevol___ delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia
dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta/
richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337
quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. **(Barrare in caso di firma di un
solo genitore).**

Allegare copia documento di riconoscimento dei/del sottoscrittore/e

Avellino,

Firma leggibile dei/del genitori/e, affidatario, tutore

.....