

ALLEGATO 1

CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA

La sottoscritta **Dr.ssa Manuela Francesca Piriccu**, iscritta all'Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Regione Sardegna al n. 1541, in qualità di Psicologa incaricata presso questo Istituto Scolastico, ai sensi del Codice Deontologico e delle linee guida del CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi),

INFORMA CHE

il servizio offre prestazioni finalizzate alla prevenzione del disagio, all'orientamento e alla promozione del benessere psicofisico. Le attività previste comprendono:

- **Sportello d'ascolto per alunne e alunni:** Spazio di consultazione psicologica individuale per accogliere e supportare difficoltà relazionali, emotive, d'ansia o scolastiche.
- **Consulenza psicologica per genitori:** Colloqui di supporto alla genitorialità mirati ad affrontare problematiche educative o evolutive nello sviluppo dei figli.
- **Interventi di alfabetizzazione emozionale:** Attività psicoeducative e laboratoriali rivolte ai gruppi classe per favorire l'empatia, l'inclusione e la gestione funzionale delle emozioni.
- **Counselling d'orientamento scolastico:** Percorsi specifici per accompagnare e supportare studentesse e studenti nella scelta consapevole del proprio percorso di studi futuro.
- **Mentoring per alunne e alunni:** Percorsi personalizzati e mirati di affiancamento volti a valorizzare il potenziale personale e a contrastare il rischio di dispersione scolastica.

Caratteristiche e regole delle prestazioni:

- **Natura non terapeutica:** Le prestazioni offerte non configurano un percorso psicoterapeutico. Si tratta di interventi di consulenza, supporto e orientamento limitati nel tempo. Qualora emergessero problematiche cliniche complesse, la Psicologa ne informerà tempestivamente la famiglia per indirizzarla verso i servizi specialistici territoriali (es. ASL).
- **Segreto professionale e tutela della privacy:** La Psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (art. 11 del Codice Deontologico). Le informazioni raccolte durante i colloqui non saranno condivise con i docenti né con la dirigenza, salvo esplicito consenso dell'utente o nei casi previsti tassativamente dalla legge (obbligo di referto/denuncia in presenza di grave e immediato pericolo per la salute del minore o di terzi).
- **Volontarietà:** La partecipazione alle attività è del tutto volontaria. Lo studente o il genitore può decidere di interrompere il percorso in qualsiasi momento senza alcuna conseguenza.

MODULO DI AUTORIZZAZIONE SELETTIVA E SOTTOSCRIZIONE

I sottoscritti / Il sottoscritto:

Genitore/Tutore 1: _____

C.F. _____

Genitore/Tutore 2: _____

C.F. _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a:

Nome e Cognome Alunno/a: _____ Nato/a il:
____/____/____

Classe di appartenenza: _____ Sede/Plesso:

DICHIARANO / DICHIARA

di aver letto con attenzione la nota informativa e la descrizione delle prestazioni, e autorizzano il/la proprio/a figlio/a a partecipare **ESCLUSIVAMENTE** alle attività espressamente selezionate di seguito con una croce [X]:

Selezione [X]	Descrizione dell'Attività Autorizzata
[]	Attività A - Sportello d'ascolto individuale per alunne e alunni
[]	Attività C - Interventi di alfabetizzazione emozionale (attività per il gruppo classe)
[]	Attività D - Counselling d'orientamento scolastico
[]	Attività E - Mentoring individuale per alunne e alunni

Luogo e Data: _____, ____/____/____

Firma Genitore/Tutore 1: _____

Firma Genitore/Tutore 2: _____

**Nota sulla responsabilità genitoriale: Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori. La firma di un solo genitore si intende resa in conformità al D.P.R. 445/2000, attestando che la scelta è stata condivisa e concordata con l'altro genitore.*