



**Liceo scientifico e liceo scientifico OSA**  
**Scuola polo per la formazione ambito 08**

Al Dirigente scolastico  
del Liceo Scientifico Statale "E.Fermi"  
di Aversa

**Oggetto: Consenso informato sportello di ascolto psicologico (CIC)**

I sottoscritti

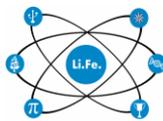
1. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
(campi obbligatori della compilazione)

2. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
(campi obbligatori della compilazione)

in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale, di tutori ovvero di soggetti affidatari dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ con indirizzo di studio  Scienze Applicate   
Classe 2.0  Cambridge  Biomedico presso codesto Liceo scientifico (sede  Aversa  Parete)  
nell'a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del *Codice Deontologico*
2. lo sportello di ascolto psicologico ha le seguenti finalità:
  - a. offrire opportunità per favorire delle riflessioni
  - b. offrire occasioni di educazione alla salute e prevenzione del disagio, per il benessere psicofisico degli alunni e degli insegnanti
  - c. promuovere negli studenti la motivazione allo studio e la fiducia in sé stessi
  - d. costruire un momento qualificante di ascolto e di sviluppo in una relazione di aiuto
  - e. intervenire per prevenire il disagio evolutivo
  - f. collaborare con le famiglie per la prevenzione del disagio scolastico
  - g. creare opportunità di formazione e di sostegno al personale docente
3. le attività di ascolto verranno realizzate attraverso colloqui individuali di consulenza e non avranno carattere terapeutico
4. l'utente, verrà accolto nelle proprie richieste attraverso una modalità empatica, non giudicante, con l'obiettivo di aiutarlo nell'analisi del problema e nella comprensione del proprio vissuto
5. i contenuti di ogni colloquio saranno strettamente coperti dal segreto professionale. Tuttavia, dovessero sorgere dei problemi sui quali fosse importante intervenire dal punto di vista educativo/ preventivo, lo



## Liceo scientifico e liceo scientifico OSA Scuola polo per la formazione ambito 08

psicologo fornirà alla scuola opportune indicazioni per promuovere in seguito nuove iniziative di prevenzione o intervento.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, esprimono il proprio libero consenso (*barrando la casella di seguito*) affinché il/la proprio/a figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali del dott. Davide Sagliocco.

FORNISCONO IL CONSENSO

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale<sup>1</sup>

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

*ovvero*

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Pertanto, sotto la propria responsabilità,

dichiara di essere l'unico soggetto esercente la responsabilità genitoriale;

*oppure*

dichiara di aver informato della presente liberatoria l'altro esercente la potestà genitoriale che ne ha dato il consenso.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il genitore unico firmatario \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il presente modello, compilato in ogni sua parte e in modo leggibile, va trasmesso all'indirizzo di posta elettronica [sportelloascolto@liceofermiaversa.edu.it](mailto:sportelloascolto@liceofermiaversa.edu.it) corredato di fotocopia del documento di identità dei dichiaranti.

**N.B. I dati riportati nel seguente modulo saranno utilizzati per i soli fini ivi indicati, nel rispetto delle norme sulla privacy di cui al D. Lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, del GDPR- Regolamento europeo generale sulla protezione dei dati personali- n 679/2016 e del D. Lgs n. 101 del 10/08/2018.**