

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Le attività progettuali proposte dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna riguardano la prevenzione delle dipendenze ed in particolare da sostanze e delle dipendenze cosiddette *sine substanti*. *tra queste iniziative si inserisce il progetto "Change"*, finanziato con llla delibera n° 907 del 09/06/2023.

Il progetto "**Change**", seguito dalla psicologa Dott.ssa Selene Cangeri, nasce dall'idea di prevenire le dipendenze cosiddetta "*sine substantia*" (sex addiction, internet addiction, shopping compulsivo, dipendenza da smartphone, dipendenza da gioco, ecc.).

Lo sportello di ascolto e supporto psicologico è una delle attività previste dal progetto in oggetto, nell'ottica di prevenire e/o intervenire rispetto alle suddette situazioni.

La sottoscritta Dott.ssa Selene Cangeri, psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Sicilia n. 9132-A , prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'istituto fornisce le seguenti informazioni:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- lo sportello rappresenta un punto di riferimento e consulenza su tematiche di varia natura ma **non è assolutamente un percorso di tipo diagnostico e/o terapeutico**;
- I dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

- Le attività di supporto si svolgeranno, previo appuntamento via email, presso i locali dell'Istituto Scolastico

Per permettere al proprio figlio/a di poter usufruire delle suddette prestazioni professionali attivate dall'Istituto per l'anno 2024/2025, occorre compilare la seguente liberatoria e allegare i documenti di riconoscimento di entrambi i genitori (o del solo genitore esercente la potestà genitoriale) o dell'utente stesso se maggiorenne.

MINORENNI

Io sottoscritta **madre** del
minorenne.....

nata a

il ____/____/____

e residente a

in via/piazza

.....n.....

☐ AUTORIZZO

☐ NON AUTORIZZO

mio figlio ad usufruire, qualora lo desideri, dello "Sportello d'ascolto" -attivo presso l'Istituto
e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del D.lgs. 196/2003.

LUOGO E DATA

FIRMA DELLA MADRE

Io sottoscritto **padre** del
minorenne.....

nato a

il ____/____/____ e residente a

in via/piazza

.....n.....

☐ AUTORIZZO

☐ NON AUTORIZZO

mio figlio ad usufruire, qualora lo desideri, dello "Sportello d'ascolto" -attivo presso l'Istituto
e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del D.lgs. 196/2003.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL PADRE

IN CASO DI COMPILAZIONE DI UN SOLO GENITORE

☐ di essere l'unico genitore esercente la potestà genitoriale del suddetto minore.

LUOGO E DATA

FIRMA GENITORE

La Sig.ra/Il Sig. nata/o
a..... il ____/____/____

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

	in	via/piazza
1	in	via/piazza
2	in	via/piazza
3	in	via/piazza
4	in	via/piazza
5	in	via/piazza
6	in	via/piazza
7	in	via/piazza
8	in	via/piazza
9	in	via/piazza
10	in	via/piazza
11	in	via/piazza
12	in	via/piazza
13	in	via/piazza
14	in	via/piazza
15	in	via/piazza
16	in	via/piazza
17	in	via/piazza
18	in	via/piazza
19	in	via/piazza
20	in	via/piazza
21	in	via/piazza
22	in	via/piazza
23	in	via/piazza
24	in	via/piazza
25	in	via/piazza
26	in	via/piazza
27	in	via/piazza
28	in	via/piazza
29	in	via/piazza
30	in	via/piazza
31	in	via/piazza
32	in	via/piazza
33	in	via/piazza
34	in	via/piazza
35	in	via/piazza
36	in	via/piazza
37	in	via/piazza
38	in	via/piazza
39	in	via/piazza
40	in	via/piazza
41	in	via/piazza
42	in	via/piazza
43	in	via/piazza
44	in	via/piazza
45	in	via/piazza
46	in	via/piazza
47	in	via/piazza
48	in	via/piazza
49	in	via/piazza
50	in	via/piazza
51	in	via/piazza
52	in	via/piazza
53	in	via/piazza
54	in	via/piazza
55	in	via/piazza
56	in	via/piazza
57	in	via/piazza
58	in	via/piazza
59	in	via/piazza
60	in	via/piazza
61	in	via/piazza
62	in	via/piazza
63	in	via/piazza
64	in	via/piazza
65	in	via/piazza
66	in	via/piazza
67	in	via/piazza
68	in	via/piazza
69	in	via/piazza
70	in	via/piazza
71	in	via/piazza
72	in	via/piazza
73	in	via/piazza
74	in	via/piazza
75	in	via/piazza
76	in	via/piazza
77	in	via/piazza
78	in	via/piazza
79	in	via/piazza
80	in	via/piazza
81	in	via/piazza
82	in	via/piazza
83	in	via/piazza
84	in	via/piazza
85	in	via/piazza
86	in	via/piazza
87	in	via/piazza
88	in	via/piazza
89	in	via/piazza
90	in	via/piazza
91	in	via/piazza
92	in	via/piazza
93	in	via/piazza
94	in	via/piazza
95	in	via/piazza
96	in	via/piazza
97	in	via/piazza
98	in	via/piazza
99	in	via/piazza
100	in	via/piazza

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Il minore ad usufruire, qualora lo desideri, dello “Sportello d’ascolto” -attivo presso l’Istituto e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del D.lgs. 196/2003.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DEL TUTORE _____

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Selene Cangeri presso lo Sportello di ascolto.

LUOGO E DATA

FIRMA _____

