

**CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DI CONSULTAZIONE PSICOLOGICA CON MINORI
PRESSO SPORTELLLO DI ASCOLTO NELLA SCUOLA**

Io sottoscritta sig.ra _____ e il sig.r _____
prendiamo atto dell'attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico dedicato agli allievi della scuola
secondaria di primo e grado "Holden" e dei Licei Pascal . Nello specifico siamo a conoscenza che:

- Lo Sportello di Ascolto Psicologico si connota come uno spazio di consultazione psicologia su tematiche di crescita in età adolescenziale con la finalità di:
 - Ascoltare e accogliere le domande degli alunni rispetto al loro percorso di crescita personale, relazionale e scolastico
 - Definire e ridefinire i significati contenuti nelle richieste qualora confusi e disadattivi;
 - Sviluppare la conoscenza e l'accettazione di sé al fine di un migliorare i rapporti interpersonali con coetanei, genitori ed adulti;
 - Migliorare le capacità comunicative e relazionali nell'espressione di bisogni ed emozioni nel gruppo dei pari e con gli adulti;
 - Favorire l'emergere delle risorse individuali, facilitando così il conseguimento dei compiti evolutivi ed incrementando l'autostima del ragazzo/a;
- Lo Sportello non rappresenta in nessun modo uno spazio di psicoterapia.
- Il servizio di Sportello è accessibile previa consegna alla scuola della presente liberatoria della famiglia, in caso di studenti minorenni.
- Il servizio di Sportello offre consulenza individuale e o di piccoli gruppi agli studenti che la richiedano autonomamente;
- Gli studenti accederanno allo Sportello di Ascolto tramite prenotazione con le modalità esposte dall'Istituto.
- La durata del colloquio sarà di 30 minuti e si terrà in orario scolastico negli slot dedicati
- Lo Sportello è gestito dalla dott.ssa Serena Zucchi, psicologa, psicoterapeuta, iscritta all'Ordine Regione Piemonte n°2225.

Preso atto dell'informativa fornita, rilasciamo il nostro consenso affinché nostro figlio/a
_____ possa accedere al Servizio.

Data.....

Firme

.....