



CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI PSICO-EDUCATIVI DI CLASSE

I sottoscritti:

- Dott.ssa Selene Mansueti , Neuropsicomotricista dell'età evolutiva, iscritta all'Ordine TSRMPSTRP di Roma n. 438
- Dott.ssa Erika Leoni, Psicologa Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 21930
- Dott. Alessandro Martini, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.24449

Membri dell'associazione CHILD AND FAMILY CENTER

prima di rendere le prestazioni professionali relative agli interventi psicoeducativi di classe, presso l'ISTITUTO COMPRENSIVO DI SUPINO MOROLO E PATRICA, forniscono le seguenti informazioni.

All'interno del progetto "uniti per ripartire" verranno svolti

- Laboratori sulla prevenzione della dipendenza da internet
- Laboratori sulla prevenzione del bullismo
- Laboratori sui prerequisiti degli apprendimenti

L'attività degli interventi psico-educativi di classe, si realizza, in sintonia con le linee guida ministeriali e con le esigenze locali e si colloca all'interno dell'ampia tematica del sostegno all'adolescente e del bambino nel suo cammino di crescita.

I laboratori di gruppo sulla prevenzione del bullismo e della dipendenza da internet saranno rivolti agli alunni frequentanti la classe 3 della scuola superiore di primo grado dell'Istituto Comprensivo di Supino, Morolo e Patrica.

Obiettivi:

- migliorare la comunicazione e le relazioni interpersonali e affettive;
- l'autostima e la percezione dell'autoefficacia;
- la gestione delle emozioni e il contenimento della reattività e degli impulsi;
- l'empatia e la consapevolezza di se;
- il benessere psicofisico attraverso la riduzione dello stress;
- il clima e la cooperazione nel gruppo classe.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili dei ragazzi, 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.



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

ADULTI

La Sig.ra/ Il Sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott. ...
..... come sopra descritte.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott.

..... come sopra descritte.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott.

..... come sopra descritte.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

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

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

residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott..... come sopra descritte.

Luogo e data

Firma del tutore