



CONSENSO INFORMATO

Supporto psico-pedagogico minori A.S. 2023/24, 2024/25, 2025/26

PROGRESSI			
PROGetti per il RECupero e il Supporto agli Studenti nell'Innovazione			
Istituzione Scolastica	Istituto Comprensivo "F. Meloni"	CUP	H23C23002390002
Titolo Progetto	E.P.P.I. Esperienze Psico-Pedagogiche di Intermediazione culturale	CLP	1102016FSE+AI230023
Anno Scolastico	2023/2024		

Si informa le SS.LL., esercitanti la patria potestà sui minori frequentanti questo Istituto Comprensivo, che nel corso dell'attuazione del progetto "Iscola PROGRESSI - PROGetti per il Recupero" vi è il carattere di assoluta riservatezza sugli interventi delle figure individuate e operanti nella nostra Scuola (Psicologo, Dott.ssa Piriccu, Pedagogista, Dott.ssa Frau e Mediatore Culturale, Dott.ssa Nanni). Infatti, i contenuti di ogni intervento 1:1 sono strettamente coperti dal segreto professionale.

Lo psicologo e il pedagogista scolastico lavorano con modalità diverse, ad esempio:

- conducono colloqui individuali con insegnanti, genitori e/o alunni/e (se autorizzati dai genitori). La consulenza psico-pedagogica individuale è un intervento gratuito focalizzato su specifiche difficoltà; orienta e sostiene chi lo richiede aiutandolo a promuovere atteggiamenti attivi e propositivi e stimolando le capacità di scelta;
- propongono incontri di gruppo in classe;
- osservano dinamiche di gruppo in classe e tra singoli alunni;
- offrono consulenze e supervisioni, collaborando con gli insegnanti, sulla classe e sui singoli allievi;
- etc.

I docenti, qualora necessitino dell'intervento dello psicologo/pedagogista/mediatore culturale in classe, potranno richiedere una consulenza per la classe per approfondire la conoscenza delle dinamiche del gruppo e/o promuovere abilità sociali. Per tali azioni in classe è prevista la raccolta delle autorizzazioni da parte dei genitori dei minori. Gli/le alunni/e non autorizzati non potranno partecipare alle attività di gruppo con lo psicologo e/o la pedagogista (saranno accompagnati in un'altra classe per svolgere attività alternativa).

L'obiettivo non è la valutazione degli alunni, ma offrire loro un aiuto per acquisire consapevolezza delle proprie risorse o dei propri punti di forza e di debolezza, per offrire loro gli strumenti per conoscersi meglio. Qualora lo si ritenga utile lo psicologo/pedagogista/mediatore in classe potrà effettuare, ad esempio:



Istituto Comprensivo Statale "F. Meloni"

Via Cagliari, 104 - 09015 Domusnovas (SU)
C.M. CAIC875002 - C.F. 90027700922 - tel. 0781/70786 - Fax 0781/729142
e-mail caic875002@istruzione.it - caic875002@pec.istruzione.it



1. Osservazioni non partecipate in classe. L'osservazione in classe, richiesta dai docenti e disposta dal Dirigente, prevede che lo psicologo/pedagogo sia presente in alcune lezioni ed osservi quello che accade senza intervenire. L'obiettivo è quello di aiutare il personale scolastico e i genitori a gestire meglio le problematiche dei minori, a casa e a scuola. Se dovessero emergere situazioni di disagio e/o malessere, i genitori interessati verranno informati su quanto emerso e saranno date loro indicazioni sui possibili percorsi da seguire, per valutare l'eventuale problema e trovare soluzioni.
2. Interventi psicoeducativi in classe di prevenzione e potenziamento del benessere proponendo discussioni tematiche, circle-time, affrontando problemi legati alle nuove Linee Guida dell'educazione Civica, mirate al benessere psico-fisico del minore;
3. Etc.

Qualora le SS.LL., esercitanti la patria potestà sui minori frequentanti questo Istituto Comprensivo, fossero interessati agli interventi previsti nel progetto sopracitato, sono invitati a firmare il presente modulo di "Consenso Informato" e a consegnarlo allo specialista richiesto.



**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO
PER GLIINTERVENTI IN CLASSE DELLO PSICOLOGO/PEDAGOGISTA**

Il sottoscritto _____ padre del/della
minore/a _____

Nato/a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito

telefonico _____ e-mail _____

CF _____

tel/cell _____

La sottoscritta _____ madre del/della
minore/a _____

Nato/a _____ il _____ residente in
via _____ cap _____ recapito

telefonico _____ e-mail _____

CF _____

tel/cell _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____

nato/a _____ a _____ il _____ residente
in Via _____ cap _____

CF _____

frequentante la classe _____

della Scuola _____

AUTORIZZANO

la partecipazione del proprio figlio/a alla attività di classe con lo psicologo, Dott.ssa Piriccu, durante l'orario scolastico*;

(* Nel caso in cui l'autorizzazione fosse negata, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe

SI NO

la specialista (psicologa) ad effettuare osservazioni delle dinamiche del gruppo classe;

SI NO

la partecipazione del proprio figlio/a alla attività di supporto psicologico (in presenza e/o a distanza), "Sportello d'ascolto", con relazione 1:1, con la Dott.ssa Piriccu, durante l'orario scolastico ed extra-scolastico;

SI NO



la specialista (psicologa) ad effettuare osservazioni delle dinamiche del gruppo classe;

SI NO

lo scambio di informazioni tra i docenti e la psicologa, Dott.ssa Piriccu, per confrontarsi anche su situazioni specifiche;

SI NO

la partecipazione del proprio figlio/a alla attività di classe con la pedagoga, Dott.ssa Frau, durante l'orario scolastico*;

(* Nel caso in cui l'autorizzazione fosse negata, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe

SI NO

la specialista (pedagoga) ad effettuare osservazioni delle dinamiche del gruppo classe;

SI NO

lo scambio di informazioni tra i docenti e la pedagoga, Dott.ssa Frau, per confrontarsi anche su situazioni specifiche;

SI NO



Le attività, attuate nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, prevedranno il coinvolgimento dei genitori per eventuali confronti ed approfondimenti.

I dati personali e sensibili della persona, 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.

VISTO E COMPRESO TUTTO QUANTO SOPRA INDICATO,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione su indicata.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità di entrambe i genitori/tutori

Luogo e data _____

Firma dei genitori/tutori

Madre.....

Padre

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutore)