

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ASSO (CO)
SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Anno scolastico 2019-2020

DR.SSA TIZIANA FRANCESCA GOZZINI

WWW.LECCOPSIKOLOGO.IT

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA

**LA CONSULENZA AVRA' CADENZA QUINDICINALE SECONDO IL
SEGUENTE CALENDARIO**

Lunedì 30 settembre presentazione alle classi della scuola secondaria di I grado di Canzo e Asso dalle 9 alle 13

Lunedì 14 ottobre dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

Lunedì 28 ottobre dalle 14 alle 18 sede di Asso

Lunedì 11 novembre dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

Lunedì 25 novembre dalle 14 alle 18 sede di Asso

Lunedì 2 dicembre dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

Lunedì 16 dicembre dalle 14 alle 18 sede di Asso

Lunedì 13 gennaio dalle 9 alle 13 sede Asso e Canzo

Lunedì 27 gennaio dalle 14 alle 18 sede di Asso

Lunedì 10 febbraio dalle 9 alle 13 sede Asso e Canzo

Lunedì 24 febbraio dalle 14 alle 18 sede di Asso

Lunedì 2 marzo dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

Lunedì 16 marzo dalle 14 alle 18.00 sede di Asso

Lunedì 30 marzo dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

Lunedì 20 aprile dalle 14 alle 18 sede di Asso

Lunedì 27 aprile dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

Lunedì 11 maggio dalle 14 alle 18 sede Asso

Lunedì 18 maggio dalle 9 alle 13 sede di Asso e Canzo

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ASSO (CO)
SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Anno scolastico 2019-2020

Dr.ssa Tiziana Francesca Gozzini

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA

Si comunica che anche quest'anno sarà attivo il servizio di Consulenza Psicologica per gli alunni, i genitori e i docenti dell'Istituto Comprensivo Statale "G. Segantini". Il servizio inizierà lunedì 14 ottobre, presso la scuola di Asso.

Lo sportello sarà rivolto ai docenti, genitori e alunni.

Sarà aperto il lunedì previo appuntamento

Gli appuntamenti saranno gestiti dalla Vicepreside Patrizia Castelnuovo
tel 031/672089

Ritagliare e restituire firmato all'insegnante della classe

Io sottoscritto _____ genitore di _____

classe _____, ho preso visione dell'avviso.

Firma

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ASSO (CO)
SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

DR.SSA TIZIANA FRANCESCA GOZZINI

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA

WWW.LECCOPSIKOLOGO.IT

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art.24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

- Da restituire alla scuola -

Si comunica che anche quest'anno sarà attivo il servizio di Consulenza Psicologica per gli alunni, i genitori e i docenti dell'Istituto Comprensivo Statale "G.Segantini".

- Lo sportello lavorerà in sinergia con il personale docente;
- il servizio sarà aperto il lunedì, previo appuntamento;
- per informazioni e appuntamenti contattare la Vicepreside Patrizia Castelnuovo tel 031/672089

Per permettere l'accesso allo sportello degli alunni della scuola secondaria di I° grado si richiede la Vostra autorizzazione, mediante la compilazione del seguente modulo di consenso debitamente compilato e firmato da entrambi i genitori o dal genitore affidario.

**Il sottoscritto(cognome e nome del padre)_____ e
la sottoscritta(cognome e nome della madre)_____ genitori del
minore(cognome e nome del figlio)_____ alunno/a della
classe , dichiariamo di essere informati:**

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;

Noi sottoscritti in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa richiedere nel caso ne senta la necessità un colloquio. In fede

Firma del padre_____ Firma della madre_____

Luogo, data_____