Oggetto: Sportello di Counseling Psicologico

Il servizio è destinato a tutti gli alunni dell'istituto ed è proposto al fine di consentire agli alunni che ne sentissero la necessità di avvicinare uno specialista in grado di ascoltare e accompagnare i giovani nell'impresa di affrontare attivamente un problema personale.
Il counseling psicologico si offre come spazio di ascolto, in cui la persona viene messa nelle condizioni di esprimere liberamente quanto in quel momento rappresenta per lei un problema. L'obiettivo è quello di chiarire dubbi, fornire eventuali informazioni, ridefinire il problema, offrire un'occasione di confronto, valutare insieme l'entità del problema e ipotizzare eventuali strategie di intervento. Il counseling può servire per rafforzare la fiducia in sé, ma anche negli altri, tanto da indurre l'adolescente a fare maggior affidamento sulle persone che lo circondano (genitori, insegnanti, amici, educatori vari).
All'interno dell'orario scolastico la psicologa, dottoressa Elena Vergani, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia al numero 4885, sarà presente a scuola per un paio di mattine al mese, in uno spazio appositamente messo a disposizione per i colloqui tale da garantire tranquillità e riservatezza. Per accedere ai colloqui gli alunni dovranno inserire la richiesta in un'apposita cassetta posta nell'atrio di ingresso dell'istituto.

Per gli alunni minorenni è obbligatorio che i genitori sottoscrivano un consenso preventivo attraverso la compilazione del modello sottostante e la sua consegna in segreteria anche in caso di negazione del consenso.

CONSENSO INFORMATO COUNSELING PSICOLOGICO PER I MINORI

Il sottoscritto sig._____ nato a _____ il ___/___/_____ e residente in _____

genitore dell'alunno/a _____ della classe _____ ,

informato che la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico organizzato dalla scuola al fine di una valutazione e un eventuale intervento per migliorare il benessere psicologico e che la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

☐ acconsente ☐ non acconsente

a che il proprio figlio/la propria figlia possa fruire della prestazione della dottoressa Elena Vergani

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

_____

La sottoscritta sig.ra_____ nata a _____ il ___/___/_____ e residente in _____

genitore dell'alunno/a _____ della classe _____ ,

informata che la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico organizzato dalla scuola al fine di una valutazione e un eventuale intervento per migliorare il benessere psicologico e che la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

☐ acconsente ☐ non acconsente

a che il proprio figlio/la propria figlia possa fruire della prestazione della dottoressa Elena Vergani

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

_____

Luogo e data

_____