

**CONSENSO INFORMATO per il Progetto
"Una finestra sui DS e sul disagio"**

Io sottoscritto, Dott. FABIO SCALIATI, Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 5964A, recapito telefonico cell. 340 3576035 - indirizzo posta elettronica fabio_scaliati@libero.it - indirizzo PEC fabio.scaliati@psypcc.it - prima di rendere le prestazioni professionali relative al Progetto "Una finestra sui DSA e sul disagio", istituito presso l'I.C. n. 5 "Tina Gori" di Forlì, fornisce le seguenti informazioni

- Le prestazioni saranno rese in **presenza** in locali messi a disposizione dall'IC 5 Forlì;
- Le attività del progetto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: consulenza per un approccio metodologico al disturbo specifico di apprendimento;
 - b) modalità organizzative: lavoro in piccolo gruppo;
 - c) scopi: favorire l'autonomia di lavoro e di studio agli alunni con DSA;
 - d) limiti: l'intervento, pur potendo garantire continuità al singolo alunno o al gruppo, si prefigura come attività di consulenza psicologica e non come attività di psicoterapia;
 - e) durata attività: da ottobre 2023 ad aprile 2024 circa, per un totale di 13 incontri per ciascun gruppo di lavoro (ciascun incontro sarà della durata di un'ora ciascuno).

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.ordinepsicologier.it

I dati personali e particolari della persona che usufruirà del progetto "Una finestra sui DSA e sul disagio", 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Il Professionista (firma) 

La sottoscritta _____ (nome/cognome madre), nata a _____ il _____ ed il sottoscritto _____ (nome/cognome padre) nato a _____ il _____ genitori/affidatari/tutori dell'alunno/a _____ (nome/cognome alunno/a) nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del Plesso "G. Mercuriale"
dichiariamo di aver compreso quanto illustrato dalla Scuola (mediante Avviso) acconsentiamo al trattamento dei dati personali di nostro/a figlio/a da parte dello psicologo affinché nostro/a figlio/a possa partecipare al progetto "Una finestra sui DSA e sul disagio" con il dott. Fabio Scaliati (salvo successiva revoca scritta del consenso).
Luogo e data _____ Firma _____
Firma _____
<small>Sono necessarie le firme di entrambi i Genitori, a meno che la potestà genitoriale non sia affidata solo ad uno. Allegare copia documenti di identità.</small>