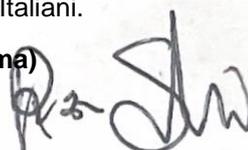


CONSENSO INFORMATO PER IL PROGETTO “Una finestra sui DSA” IC 5 FORLÌ

Io sottoscritta Dott.ssa Rosa Spinelli Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi dell’Emilia-Romagna n. 8306, recapito telefonico cell. 331 5936651 indirizzo posta elettronica rospinelli23@gmail.com, indirizzo PEC rosaspinelli@psypec.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative al progetto “Una finestra sui DSA” istituito presso IC 5 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 “Una finestra sui DSA” 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 gennaio 2025 a febbraio 2025 circa, per un totale di 8 incontri per ciascun gruppo di lavoro (ciascun incontro sarà della durata di un’ora ciascuno).
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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”, 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.

La Professionista (firma)



La sottoscritta _____ (nome/cognome) nata a _____ il _____ e il sottoscritto _____ (nome/ cognome) nato a _____ il _____, in qualità di genitori/ affidatari/ tutori dell’**alunno/a** _____ (nome/ cognome alunno/a) nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ della scuola _____ dichiariamo di aver compreso quanto illustrato da Scuola e professionista, anche relativamente al trattamento dei dati, qui e nell’Avviso n° 82 del 04/11/2024, pertanto **prestiamo il nostro consenso ed autorizziamo** nostro/a figlio/a a partecipare al progetto “Una finestra sui DSA” con la dott.ssa Rosa Spinelli (salvo successiva revoca scritta del consenso).

Luogo/data _____ *Firma* _____ *Firma* _____

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.