



Istituto Comprensivo Statale "Pier delle Vigne"  
Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Secondaria di I° grado – INDIRIZZO MUSICALE  
P.zza S. Tommaso d'Aquino, 1 - 81043 – CAPUA (CE) Tel. 0823/1462867  
Codice meccanografico: CEIC8A3005 – C.F. 93093650617 - Codice univoco: UFJR6I  
Email: [ceic8a3005@istruzione.it](mailto:ceic8a3005@istruzione.it) Sito Web: [www.icpierdellevigne.edu.it](http://www.icpierdellevigne.edu.it)  
PEC: [ceic8a3005@pec.istruzione.it](mailto:ceic8a3005@pec.istruzione.it)

Dr.ssa Pendolino Romina – Servizio di Psicologia Scolastica – Istituto Comprensivo *Pier delle Vigne- Capua (CE)*

### CONSENSO INFORMATO MINORI – INTERVENTI DI PSICOLOGIA SCOLASTICA

Io sottoscritto (padre/esercente la potestà genitoriale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Provincia(\_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

e io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_ del/la minore \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

siamo stati informati che la prestazione dello psicologo scolastico sarà effettuata da un professionista esterno all'istituzione scolastica, dott.ssa ROMINA PENDOLINO, incaricato quale psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Campania di operare presso l'I.C. *Pier delle Vigne*.

A tal fine:

- come strumenti saranno utilizzati **l'osservazione, i colloquio, laboratori e interventi psicoeducativi per la prevenzione in ambito psicologico;**
- la prestazione non è ascrivibile a interventi di psicoterapia. **Si lavorerà all'interno delle classi attraverso laboratori, con il chiaro fine di dotarli di diversi set di Skills (o abilità) per equipaggiarli, con efficacia, alle intrinseche difficoltà della vita.**
- la prestazione che verrà offerta al minore è finalizzata al benessere psicologico. Attraverso gli interventi di gruppo ***verranno insegnate strategie utili per regolare emozioni e comportamenti, per migliorare le relazioni interpersonali e le capacità di risoluzione di problemi.***
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico gli Psicologi italiani;
- lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla sua riservatezza;
- le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione;
- lo psicologo in qualità di autorizzato al trattamento per conto dell'istituto potrà

nell'ambito delle proprie funzioni se necessario, accedere ai dati del fascicolo personale dell'alunno e richiedere delucidazioni agli insegnanti.

Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a ben venga effettuata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (genitore 1) \_\_\_\_\_

Firma (genitore 2) \_\_\_\_\_

Firma (Tutore) \_\_\_\_\_

1

si allega copia del documento di riconoscimento