

## SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO PROGETTO G.O.A.L.S

*Giovani - Orientamento - Accompagnamento - Lab. - Scuola*

### **MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

Tale servizio offrirà un ascolto finalizzato alla relazione d'aiuto e sarà dedicato agli studenti che manifestano difficoltà con il mondo della scuola, della famiglia e con il gruppo dei pari.

Esso sarà anche uno spazio di incontro e confronto per i genitori al fine di comprendere le difficoltà che possono sorgere nel rapporto con un figlio. Dunque, l'intervento dello psicologo sarà rivolto, a seconda dei casi, ai singoli alunni, ai gruppi classe e alle famiglie degli alunni.

Inoltre, il servizio è volto alla promozione delle potenzialità individuali ed alla crescita della persona verso la libertà, la maturità e responsabilità decisionale, nella consapevolezza di sé e dei fini individuali e sociali.

- ✓ Propone un accompagnamento nelle fasi di transizione degli studenti e delle loro famiglie, supportando una crescita autonoma e consapevole.
- ✓ Aiuta gli studenti a mettere in relazione interessi, capacità e contesto affinché possano spendere al meglio le loro risorse in termini di effettiva realizzabilità, e per promuovere motivazione, senso di autoefficacia e autostima.

Si precisa che **gli interventi stabiliti da tale servizio non si delineano come un percorso psicoterapeutico bensì come interventi di primo livello (counseling).**

Inoltre, i colloqui si svolgeranno nel rispetto della privacy degli studenti, genitori che vorranno usufruire di tale spazio d'ascolto.

### **Consenso informato alla partecipazione del Minore allo Sportello d'Ascolto e Intervento Psicologico**

I sottoscritti genitori

...../.....

dell'alunno/a .....

nato/a a.....il.....

frequentante la classe ..... sez. .... del Liceo classico-linguistico "Giacomo Leopardi di

Macerata, **presa visione del progetto "GOALS" ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE- SPORTELLO**

**DI ASCOLTO PSICOLOGICO E DI ORIENTAMENTO SCOLASTICO, della Cooperativa il Faro**

**Sociale, con sede a Macerata in via Giovanni XXIII n.45, e informati sulle finalità e le modalità**

**del servizio.**

#### **AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali e delle attività del gruppo-classe con la Psicologa, Dott.ssa Federica Rossi iscritta all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 2613, collaboratrice della Cooperativa il Faro Sociale di Macerata.

Macerata, lì .....

Firma del padre (o di chi ne fa le veci) .....

Firma della madre (o di chi ne fa le veci) .....