



LEARNING TO EXCEL  
SINCE 1969

### **Modulo di Consenso per l'accesso allo sportello d'ascolto psicologico**

Con il presente modulo diamo il consenso affinché nostro/a figlio/a \_\_\_\_\_, usufruisca dello sportello di ascolto psicologico offerto dallo Psicologo della Scuola nella persona della *Dott.ssa Ottavia Musini* attraverso colloqui individuali e/o di interventi di classe in presenza e online presso la The British School of Milan Srl. (di seguito BSM)

Lo Psicologo della scuola è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile previo consenso del paziente e, in caso di minore età, di chi esercita la responsabilità genitoriale. Siamo consapevoli del fatto che lo Psicologo della scuola possa condividere informazioni con i genitori, gli insegnanti o il responsabile scolastico laddove lo ritenga necessario nell'interesse dello studente.

Lo Psicologo della scuola è tenuto per legge a condividere le informazioni con i genitori in determinate circostanze:

- Laddove lo studente rappresenti un pericolo per sé o per gli altri
- Laddove lo studente presenti evidenze o abbia condiviso esperienze di abuso (fisico o sessuale) o trascuratezza
- Laddove lo studente rappresenti una minaccia alla sicurezza scolastica
- Laddove vi siano delle procedure criminali o penali pendenti

Lo Psicologo della scuola si assume la responsabilità di informare gli studenti di questi limiti relativi al segreto professionale ed è tenuto a informare lo studente prima di condividere le informazioni con terzi.

Siamo consapevoli del fatto che il servizio di ascolto psicologico, che sia individuale o di intervento in classe, è un servizio breve e mirato a fornire strategie legate all'ambiente scolastico. Se nostro figlio dovesse aver bisogno di un sostegno che vada al di là di ciò che lo Psicologo della scuola può fornire, sarà premura di quest'ultimo fornire alla famiglia una lista di persone interne o esterne alla scuola da poter contattare.

Il presente consenso è valido finché la Dott.ssa Ottavia Musini sarà lo Psicologo della scuola presso la BSM. Comprendiamo il fatto che il servizio di sportello di ascolto è su base volontaria. Nostro figlio o noi stessi possiamo interrompere il servizio in qualsiasi momento.

Siamo consapevoli del fatto che in qualsiasi momento ci è concesso di richiedere e ricevere informazioni circa i metodi e le tecniche utilizzate dallo Psicologo della scuola e la durata del servizio. Siamo liberi di richiedere un secondo parere o interrompere il servizio di ascolto psicologico in qualsiasi momento.

Nel caso in cui ci fosse un ritorno alla didattica a distanza, lo Psicologo della scuola offrirà la possibilità di passare a incontri online (attraverso le piattaforme Teams o Zoom).

**Nome dello studente** \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutori sul/sulla minore \_\_\_\_\_ hanno letto e compreso i termini del Consenso per l'accesso allo sportello di ascolto offerto dallo psicologo della scuola.

*Nel caso in cui ci fosse un solo tutore legale sul minore, si prego di compilare la seguente affermazione:*

**THE BRITISH SCHOOL OF MILAN S.R.L.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul/sulla minore \_\_\_\_\_ ha letto e compreso i termini del Consenso per l'accesso allo sportello di ascolto offerto dallo psicologo della scuola.

Si prega di selezionare un'opzione:

\_\_\_ Noi/io diamo/do il consenso affinché nostro/a mio/a figlio/a usufruisca del servizio di ascolto psicologico individuale e/o di interventi in classe presso la The British School of Milan Srl.

*(Siamo consapevoli del fatto che possiamo ritirare il nostro consenso in qualsiasi momento rimandando il presente modulo o firmando e datando un documento nel quale viene richiesto l'interruzione del servizio)*

\_\_\_ Al momento neghiamo/nego il consenso affinché nostro/a/mio/a figlio/a usufruisca del servizio di ascolto psicologico presso la The British School of Milan Srl.

*(Siamo consapevoli del fatto che possiamo richiedere che venga attivato il servizio di counselling per nostro/a figlio/a in qualsiasi momento, se necessario)*

\_\_\_ Noi/io diamo/do il consenso affinché nostro/a mio/a figlio/a usufruisca SOLO ED ESCLUSIVAMENTE della possibilità di partecipare agli interventi in classe forniti dallo Psicologo della Scuola.

*(Siamo consapevoli del fatto che possiamo ritirare il nostro consenso in qualsiasi momento rimandando il presente modulo o firmando e datando un documento nel quale viene richiesto l'interruzione del servizio)*

Genitore legale/tutore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Nome e cognome)

Data \_\_\_\_\_

Genitore legale/tutore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Nome e cognome)

Data \_\_\_\_\_

*È consentita una singola firma solo nel caso in cui vi sia un solo genitore esercente la responsabilità genitoriale.*

**Vi preghiamo inviare il Modulo di Consenso firmato al seguente indirizzo mail gestito unicamente dalla Dott.ssa Musini: [consentform@bsm.school](mailto:consentform@bsm.school)**

**THE BRITISH SCHOOL OF MILAN S.R.L.**