

CONSENSO INFORMATO
Attività Sportello Metodo di Studio – DSA e BES
Servizio offerto dalla Cooperativa Sociale Onlus “AssDom”

A.S.2025-2026

INFORMATIVA

Sportello Metodo di Studio – DSA e BES, gestito dalla **Dott.ssa Del Vasto Ylenia** e dalla **Dott.ssa Capodiferro Ylenia**.

Tale servizio offre agli studenti un'opportunità di ascolto, analisi, confronto e riflessione su problematiche di studio e su eventuali criticità incontrate nella vita scolastica. Lo sportello non svolge quindi attività di recupero o ripasso delle singole discipline ma, basandosi sulla pratica dell'ascolto attivo, fornisce un supporto utile a organizzare e ottimizzare il metodo di studio dei singoli allievi.

Finalità:

- conoscere il proprio stile di apprendimento;
- favorire l'acquisizione di strategie metacognitive adeguate;
- stimolare l'acquisizione di efficaci tecniche di organizzazione del lavoro personale;
- dare indicazioni sugli strumenti compensativi e dispensativi
- incentivare la motivazione intrinseca.

Sarà rivolto a:

- Alunni con diverse difficoltà scolastiche.
- Alunni con Disturbo Specifico dell'Apprendimento e BES
- Genitori di alunni con DSA e BES;
- Docenti che necessitano di chiarimenti e informazioni sulla tematica in oggetto e norme vigenti.

La **Dott.ssa Del Vasto Ylenia** e la **Dott.ssa Capodiferro Ylenia**, in qualità di Psicologhe esperte nel trattamento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, presterà particolare attenzione alle caratteristiche e alla specificità del contesto offrendo uno spazio di accoglienza e ascolto empatico.

La prestazione non richiede la partecipazione di altri professionisti.

La durata del trattamento, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurata alle esigenze del trattamento stesso.

F.to Le Professionist



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

SOGGETTI MINORENNI

Il sottoscritt...:

nat a

il

residente a

in via/piazza n. civ

La sottoscritt...:

nat a

il

residente a

in via/piazza n. civ

**GENITORI/TUTORE
del minore**

frequentante classe

DICHIARA/DICHIARANO di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalle **Dott.sse Del Vasto Ylenia/ Capodiferro Ylenia** presso lo Sportello metodo di studio DSA - BES.

Luogo e data

Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337ter e 337 quarter del Cod. Civ. che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

SOGGETTI MAGGIORENNI

Il/La sottoscritt...:

nat a

il

residente a

in via/piazza n. civ

in qualità di:

Genitore

Docente

Studente:

frequentante
classe

DICHIARA di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e decide, pertanto, con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalle **Dott.sse Del Vasto Ylenia/ Capodiferro Ylenia** presso lo Sportello presso lo Sportello metodo di studio DSA - BES

Luogo e data

Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)