

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO  
SCOLASTICO**

La sottoscritta Dott.ssa Angela Lopopolo, Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Albo degli Psicologi della Puglia al n. 3021, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto attivo presso la Scuola Secondaria di Primo Grado Battisti-Ferraris di Bisceglie, fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso il Plesso Battisti sito in via Pozzo Marrone n.84.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- a) **tipologia d'intervento:** ascolto, supporto e assistenza psicologica, potenziamento delle risorse individuali e/o di gruppo;
- b) **modalità organizzative:** sessioni di ascolto individuale della durata di 20 minuti, previa prenotazione e autorizzazione con consenso informato debitamente compilato e firmato;
- c) **scopi:** fornire ascolto e supporto psicologico ad alunni e famiglie per rispondere a segnali di disagio e malessere psicologico, comportamenti aggressivi verso i compagni e professori, ritiro ed isolamento dalle relazioni sociali. Prevenire l'emergere di possibili situazioni di rischio e di disagio psicopatologico.
- d) **limiti:** l'intervento non ha una accezione terapeutica dove le problematiche siano tali da richiedere eventualmente il supporto di altre figure specialistiche, bensì di supporto e di orientamento;
- e) **durata delle attività:** dal 12 marzo al 14 maggio 2025

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologi Puglia.it](http://www.ordinepsicologi Puglia.it). I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Dott.ssa Angela LOPOPOLO

**MINORI**

La Sig.ra ..... madre del minore.....  
nata a..... il..... e residente a .....in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Angela Lopopolo presso lo Sportello di

Luogo e data

Firma della madre.....

Il Sig. .... padre del minore..... nato a  
..... il.....  
e residente a .....in via/piazza..... n....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Angela Lopopolo presso lo Sportello di

Luogo e data

Firma del padre.....

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Tutore del minore .....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) .....residente a .....in via/piazza .....n....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Angela Lopopolo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore.....