

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Manuela Latrofa Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 7344, e-mail: [manuelalatrofa@gmail.com](mailto:manuelalatrofa@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto costituito presso l'Istituto Professionale Alberghiero A. Perotti fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso Istituto Professionale Alberghiero A. Perotti

Lo Sportello d'Ascolto è un intervento psicologico di prevenzione primaria finalizzato ad offrire un supporto e un sostegno alle difficoltà personali, familiari e affettivo-relazionali, identificare risorse e potenzialità per affrontare meglio situazioni di disagio e sofferenza. È un servizio di promozione della salute e del benessere utile a migliorare la qualità della vita di studenti, famiglie e personale scolastico.

Si esplica in colloqui in presenza in cui dar voce alle proprie difficoltà e alle proprie emozioni tutelati dalla segretezza professionale cui la Psicologa è tenuta.

### **Modalità di partecipazione:**

Lo Sportello sarà attivo da Febbraio 2023 a Maggio 2023 nelle giornate di Martedì dalle ore 12:30 alle ore 14:30 e Giovedì dalle ore 9:00 alle ore 13:00.

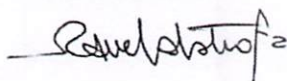
E' necessario prenotarsi all'incontro con la Psicologa attraverso il seguente indirizzo email [manuelalatrofa@gmail.com](mailto:manuelalatrofa@gmail.com) specificando Nome Cognome ed eventualmente la sezione di appartenenza almeno **24h prima**. I genitori potranno usufruire del servizio anche in orario pomeridiano con richiesta tramite email.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi Puglia.

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.

**Il Professionista**



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenn.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, ..... data ..... numero)  
.....  
residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore