

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO PSICOLOGICO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa **CARLA CICCOLI**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio (SEZ. A) n. **18032** prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Psicologico istituito presso il **Liceo Ginnasio di Stato "Eugenio Montale"** fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso tutte le sedi, centrale e dislocate, dell'Istituto e saranno come di seguito organizzate

**(a) tipologia d'intervento:**

Sportello d'ascolto e consulenza psicologica, con colloqui individuali per alunni, personale scolastico, famiglie.

**(b) modalità organizzative:**

Lo sportello d'ascolto è attivo il martedì e il venerdì secondo il seguente orario:

Sede Centrale: Martedì 10:15/13:15 – Venerdì 08:00/11:00

Sede Buon Pastore: Martedì 08:00/10:00

Sede via Paladini: Venerdì 12:00/14:00

Prenotazione tramite email all'indirizzo istituzionale: [sportelloascoltopsicologico@liceomontaleroma.it](mailto:sportelloascoltopsicologico@liceomontaleroma.it)

**(c) scopi:**

Lo sportello è finalizzato alla relazione di aiuto e supporto, è uno spazio di confronto su problematiche interne e relazionali che offre strategie mirate alla prevenzione e al contenimento del disagio e alla promozione del benessere.

**(d) limiti:**

L'accesso allo Sportello è di massimo 5 incontri con la durata variabile dai 30 ai 45 minuti; non si tratta in alcun modo di una terapia o di un percorso diagnostico, ma di una consulenza, limitata quindi nel tempo. Se la psicologa lo riterrà opportuno, potrà consigliare uno specialista o un centro territoriale da contattare per poter proseguire il percorso.

Non sarà possibile stabilire rapporti esterni al progetto per tutta la durata dello sportello d'ascolto.

**(e) durata delle attività:**

Da ottobre 2024 a giugno 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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

Contestualmente alla presente si autorizza, ai sensi dell'Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a riferire rispetto a informazioni apprese in ragione del rapporto professionale, quanto ritenuto strettamente necessario alla scuola, ai servizi competenti per territorio e/o a qualunque altra figura potrebbe essere pertinente al percorso.

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**

**Dott.ssa**



**MINORENNI**

La Sig.ra .....  
Il Sig.....  
Genitori del/della minore.....Classe.....  
Nata/o a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.....  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
Tel.....

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché la/il figlia/o possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa CARLA CICCOLI presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data

Firma della madre

Firma del padre

Dichiarazione di bigenitorialità per minorenni

Ai sensi della normativa vigente e consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mandati, la sottoscritta/il sottoscritto.....  
dichiara che non sussistono condizioni ostative all'esercizio della bigenitorialità e firma il documento nel pieno rispetto della stessa.

Luogo e data

Firma

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ La Sig.ra/ Il Sig. .... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa CARLA CICCOLI presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data

Firma

**PERSONE SOTTO TUTELA**

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

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 dalla dott.ssa CARLA CICCOLI presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data

Firma del tutore