

**Dott.ssa Serena Caputo**  
Psicologa - Psicoterapeuta Relazionale familiare  
Psicologa presso Segretariato Servizi Sociali Comune di Olevano Sul Tusciano  
iscrizione Albo Psicologi Campania n. 5557  
Via Mensa, 87 Olevano s/T 84062 (SA)  
cell.3209485632  
mail. caputo.serena.consul@gmail.com

In seguito alla richiesta della Dirigente scolastica la Dott.ssa Viviana Mangano di attivazione dello sportello d'ascolto, come da prot. N4327 del 29/08/2024, di seguito il consenso informato per i genitori o tutori dei minori, per procedere all' avvio dello stesso.

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

La sottoscritta dott.ssa Serena Caputo Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n°5557, (contatti: 3209485632; mail: [caputo.serena.consul@gmail.com](mailto:caputo.serena.consul@gmail.com) - mailpec: serenacaputo@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Olevano sul Tusciano "Leonardo Da Vinci" plesso Scuola Secondaria di primo grado, Via Risorgimento, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso un'aula dedicata all'interno del plesso della scuola Secondaria di primo grado in Via Risorgimento; Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- (a) tipologia d'intervento: colloquio;
- (b) modalità organizzative: giovedì dalle 9:00 alle 12:00;
- (c) scopi: orientamento, ascolto, supporto, finalizzati alla prevenzione, informazione e benessere psicologico,
- (d) limiti: l'intervento non si propone scopi terapeutici. Qualora necessario, si provvederà ad invio presso altre sedi opportune; l'accesso del minore al colloquio sarà possibile esclusivamente con l'autorizzazione al consenso di entrambi i genitori;
- (e) durata delle attività: l'attività di consulenza avrà una durata di circa 45 minuti; la prestazione prevede una disponibilità di 2h a cadenza settimanale all'interno dell'istituto fino al 31 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.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.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.

La sottoscritta si rende disponibile per chiarimenti e approfondimenti con i genitori, previo appuntamento, presso la stessa sede.

In fede  
**Il Professionista**  
Dott.ssa Serena Caputo

**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 minorenni.....

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 minorenni.....

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 minorenni.....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