

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI  
CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

**SI INVITA A LEGGERE CON ATTENZIONE IL MODULO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.**

La sottoscritta Dott.ssa Federica Boveri, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 12943,  
email: federicaboveri@gmail.com email pec: federicafrancesca.boveri.277@psypec.it  
prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello d'Ascolto per l'a.s. 2024/2025,  
fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'IC Tortona A (nelle diverse sedi) in orario pomeridiano prenotando tramite la piattaforma Google Calendar raggiungibile dalla homepage del sito della scuola [www.comprendivotortonaa.it](http://www.comprendivotortonaa.it).
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) *tipologie di intervento*: counseling psicologico-educativo, colloqui di supporto psicologico, tecniche di gestione emotiva
  - b) *obiettivi dell'intervento*: prevenzione primaria e secondaria, promuovere il benessere psicologico, prevenire l'abbandono scolastico, fronteggiare le difficoltà emotive e comportamentali, supportare l'utenza in questo periodo di difficile gestione emotiva, individuare problematiche che necessitano di intervento e invio ai servizi appropriati
  - c) *modalità organizzative*: colloqui in presenza
  - d) *durata delle attività*: dal 09/12/2024 al 30/05/2025;
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile sul sito [ww.opl.it](http://ww.opl.it);
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Dott.ssa Federica Boveri  
Psicologa Psicoterapeuta



**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

Il /la sottoscritto/a ..... 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 Federica Boveri 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 dalla dott.ssa Federica Boveri 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 dalla dott.ssa Federica Boveri 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 dalla dott.ssa Federica Boveri presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore