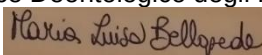


CONSENSO INFORMATO PER SPORTELLO DI ASCOLTO IC 5 FORLÌ

Io sottoscritta Dott.ssa MARIA LUISA BELLOPEDE Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 4407a, recapito telefonico cell. 346 3861747 indirizzo posta elettronica marialuisabellopede@gmail.com indirizzo PEC marialuisa.bellopede.244@psypec.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso IC 5 di Forlì fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in **presenza** in locali messi a disposizione da IC 5 Forlì o attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a **distanza** (Google Meet o altri strumenti).
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento ASCOLTO e/o CONSULENZA DI NATURA PSICOLOGICA;
 - b) modalità organizzative COLLOQUI INDIVIDUALI/FAMILIARI O INTERVENTI PER GRUPPI, anche in rete con altri soggetti;
 - c) scopi FAVORIRE IL BENESSERE INDIVIDUALE E COLLETTIVO;
 - d) limiti L'INTERVENTO DI CONSULENZA TRAMITE SPORTELLO D'ASCOLTO SCOLASTICO, PUR POTENDO GARANTIRE UNA CERTA CONTINUITÀ AL SINGOLO INDIVIDUO O AL GRUPPO, SI PREFIGURA COME ATTIVITÀ DI CONSULENZA PSICOLOGICA E NON COME ATTIVITÀ DI PSICOTERAPIA;
 - e) durata attività DA NOVEMBRE 2026 A GIUGNO 2027 (durata media colloqui 50')
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile al seguente indirizzo <https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/codice-deontologico-vigente/>
- I dati personali e particolari, 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.

La Professionista (firma)



Per i MAGGIORENNI L'insegnante-ATA-personale/ Il genitore _____ (nome e cognome) nato/a a _____ il _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato da Scuola e professionista, anche relativamente al trattamento dei dati, qui e nell'Avviso n° _____ del _____, e **presta il proprio consenso** al fine di poter accedere allo sportello di ascolto psicologico con la dott.ssa Maria Luisa Bellopede (salvo successiva revoca scritta del consenso).

Luogo e data _____ **Firma** _____

Per i MINORENNI La sottoscritta _____ (nome/cognome) nata a _____ il _____ e il sottoscritto _____ (nome/ cognome) nato a _____ il _____, in qualità di genitori/ affidatari/ tutori dell'**alunno/a** _____ (nome/ cognome alunno/a) nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ della scuola _____ dichiariamo di aver compreso quanto illustrato da Scuola e professionista, anche relativamente al trattamento dei dati, qui e nell'Avviso n° 68 del 21/10/2026, pertanto **prestiamo il nostro consenso ed autorizziamo** nostro/a figlio/a all'accesso allo sportello di ascolto psicologico con la dott.ssa Maria Luisa Bellopede (salvo successiva revoca scritta del consenso).

Luogo/data _____

Firma _____ **Firma** _____

Sono necessarie le firme di entrambi i genitori, a meno che la potestà genitoriale non sia affidata solo ad uno.