

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

DA RICONSEGNARE ALLA Dott.ssa Daquino Katia

La sottoscritta Dott.ssa Daquino Katia, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 7184, recapito telefonico 3280322790, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico "A. Volta" di Floridia fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso un' aula predisposta o all' interno della classe frequentata
- Le prestazioni verranno svolte esclusivamente in presenza, solo in caso di eventuale stato di emergenza, attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di on line di carattere psicologico attraverso la piattaforma Gsuite for education. In particolare, verrà utilizzata la piattaforma o con la creazione di un link o di una classroom a cui si potrà accedere solo con le proprie credenziali per garantire la *sicurezza e la riservatezza del setting*. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate secondo quanto previsto all' interno del progetto pubblicato sul sito della scuola.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologi.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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La 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 minore
_____ nata a _____ il ___/___/_____
e residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 _____ all'interno delle attività previste in classe o presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico (*anche se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma

della madre

Il Sig. _____ padre del minore

_____ nato a _____ il ___/___/_____

e residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 _____ all' interno delle attività previste in classe o presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico *(anche se le attività sono svolte a distanza)*

Luogo e data _____ Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____
_____ il ___/___/_____

Tutore del minore _____ in ragione di _____
_____ *(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)*

residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa _____ all' interno delle attività previste in classe o presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico *(anche se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____