

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

La sottoscritta Dott.ssa Sara Bertoncini Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/18223 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Cellini fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno svolte in presenza, salvo modifiche della normativa in vigore anticovid.
In particolare, gli alunni potranno incontrarmi il martedì mattina presso un locale dedicato dell'Istituto. Il professionista dichiara, inoltre, 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 prestazioni saranno rese in presenza presso L'Istituto Cellini (quando possibile)
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloqui individuali o di gruppo
 - b) modalità organizzative: appuntamento concordato direttamente con lo studente tramite la mail sportello.ascolto@iiscellini.it
 - c) scopi: supporto psicologico
 - d) durata delle attività: da concordare
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani) reperibile online sul sito dell'Ordine Nazionale al seguente indirizzo <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>
- 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

Sara Bertoncini

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ Il genitore _____ 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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Sara Bertoncini presso lo Sportello di ascolto mediante interventi in presenza e/o di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

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 Sara Bertoncini presso lo Sportello di ascolto mediante interventi in presenza e/o di E-Health di carattere psicologico *(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 Sara Bertoncini presso lo Sportello di ascolto mediante interventi in presenza e/o di E-Health di carattere psicologico *(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 dalla dott.ssa Sara Bertoncini presso lo Sportello di ascolto mediante interventi in presenza e/o di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____