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

La sottoscritta Dott.ssa Stefania Lattarulo, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 8815, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo 5 di Imola fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso i locali scolastici
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza quando necessario, consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *Skype* con le seguenti modalità: le prestazioni avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati; inoltre le prestazioni non saranno registrate né in audio né in video. 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 come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento : colloquio di supporto psicologico
 - b) modalità organizzative : chi è interessato alla prestazione lo comunicherà alla dott.ssa Stefania Lattarulo, la quale organizzerà il calendario degli incontri e ne darà comunicazione
 - c) scopi: prevenzione del disagio evolutivo e delle problematiche relazionali/ prevenzione del burnout
- La/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.ordinepsicologier.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

Dott.ssa Stefania Lattarulo

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ 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 Stefania Lattarulo presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

Il/La Sig./ Sig.ra _____ genitore del minore _____ nato/a 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 della dott.ssa Stefania Lattarulo presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Il/La Sig./Sig.ra _____ genitore del minore _____ nato/a 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 Stefania Lattarulo presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

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 Stefania Lattarulo presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____