

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

La sottoscritta Dott.ssa Vincenza Di Giuseppe, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 10687, tel: 333 9269841, mail: [cinziavincenza.digiuseppe@gmail.com](mailto:cinziavincenza.digiuseppe@gmail.com), pec: [v.digiuseppe@psypec.it](mailto:v.digiuseppe@psypec.it);

La sottoscritta Dott.ssa Miriam Soprano, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 10700, tel: 320 7639815, mail: [miriamsoprano81@gmail.com](mailto:miriamsoprano81@gmail.com), pec: [m.soprano@psypec.it](mailto:m.soprano@psypec.it);

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Istituto Comprensivo N 1 Imola fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'istituto scolastico frequentato appartenente all'Istituto Comprensivo N.1 - Imola
- Le prestazioni potranno essere svolte anche attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza, consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet. 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 individuale/o osservazioni in classe gratuito
  - b) modalità organizzative: Iscrizione online tramite modulistica e poi contatto con la psicologa che concorderà la data del colloquio
  - c) scopi: attività di counseling sui bisogni dell'utente
- durata delle attività: 4 ore totali per utente
- 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](http://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.***

**Le Professioniste**

*Vincenza Di Giuseppe* *Miriam Soprano*

**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 Vincenza Di Giuseppe e dalla dott.ssa Miriam Soprano 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**

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 Vincenza Di Giuseppe e dalla dott.ssa Miriam Soprano presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi 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 Vincenza Di Giuseppe e dalla dott.ssa Miriam Soprano 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 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 Vincenza Di Giuseppe e dalla dott.ssa Miriam Soprano 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 \_\_\_\_\_