

**All. 1 circolare n. 31 IIS MEDARDO ROSSO Lecco**

**Modulo per la prestazione professionale psicologica  
Consenso Informato sportello di ascolto in presenza e a distanza  
MODULO PER PERSONE MINORI DI ANNI 18**

**La/il sottoscritta/o** \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**la/il sottoscritta/o** \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

affidandosi alla dott.ssa Elena Vergani, iscritta all'ordine degli psicologi della Lombardia con n°4885, la cui abilitazione alla professione di psicologo consente la prestazione di servizi in presenza o on line, contattabile all'indirizzo e-mail: **psicologa.vergani.elena@iismedardorosso.edu.it**

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- di seguito C.D., nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
2. nel rispetto del C:D lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11 del C.D.); può derogare dall'obbligo del segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso specificamente rilasciato (art. 12 C.D.);
3. la prestazione offerta riguarda attività di ascolto psicologico in presenza o a distanza;
4. la prestazione, da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno e supporto psicologico, è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione e sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
5. per il conseguimento dell'obiettivo lo strumento utilizzato potrà essere il colloquio clinico in presenza o, in alternativa, effettuato a distanza, tramite scambio di e-mail o appositi software per la comunicazione;
6. in caso di effettuazione nella modalità a distanza il colloquio clinico avverrà per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati. Il colloquio non dovrà in alcun modo essere registrato, o video registrato, nemmeno in forma parziale;
7. l'accesso al servizio di ascolto psicologico non comporta alcuna spesa da parte dell'utente, in quanto il servizio rientra nelle attività proposte dalla scuola.
8. che la persona potrà fare richiesta di avere accesso allo sportello d'ascolto durante il periodo in cui è attivo attraverso sua richiesta scritta che perverrà direttamente alla psicologa via e- mail o tramite l'apposita cassetta delle lettera posta all'interno dell'Istituto concordando direttamente con la psicologa l'appuntamento

La dott.ssa Elena Vergani è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz spa (tramite Cassa Assistenza Mutua tra gli Psicologi) n.500216023.

Sono anche informati che il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,  
nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

\_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Dottorssa Elena Vergani*

\_\_\_\_\_