

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

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

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. Marialuisa Vitale, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 6459, mail:marialuisavitale.psy@gmail.com, prima di rendere le prestazioni professionali presso l'istituto comprensivo di Loreggia e Villa del Conte nelle sedi A. Canova e D. Valeri, fornisce le seguenti informazioni

Tipologia d'intervento

Incontro individuale

Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale o simili

Osservazione individuale dello studente nel gruppo classe

Incontro informativo/formativo

Modalità organizzative:

interventi in classe, colloqui individuali in spazio protetto e riservato, colloqui con i genitori e con il collegio docenti. Tutte le attività saranno concordate con la Dirigente scolastica e gestite senza ostacolare le attività didattiche

Scopi:

supportare i ragazzi nella delicata fase evolutiva della preadolescenza favorendo il benessere psicologico nell'ambito scolastico; fornire supporto al personale scolastico ed ai genitori in quanto persone direttamente coinvolte nella responsabilità educativa verso i minori;

Limiti:

l'intervento a scuola non si configura come un intervento sanitario e segue il calendario scolastico;

Durata delle attività

anno scolastico in corso;

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.ordinepsicologiveneto.it.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

Potrà tuttavia condividere, come da accordi intercorsi, le informazioni relative alla salute psicologica del minore con operatori sanitari che hanno in carico il minore, al fine di favorire la collaborazione tra

professionisti finalizzata ad incrementare l'efficacia degli interventi a carico del minore in eventuale situazione di fragilità nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento del servizio, nell'ottica della massima tutela psicologica della persona interessata.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà nell'ambito Servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

NOTE FINALI

La/Il sottoscritta dott.ssa Marialuisa Vitale, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto comprensivo di Loreggia e Villa del Conte e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

Luogo e data

Loreggia 28/03/25

Firma del Professionista

Marialuisa Vitale

MINORENNI

Il/La Sig./ra genitore del/la minore

Nato/a a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.

Luogo e data

Firma

Il/La Sig./ra genitore del/la minore
Nato/a a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.

Luogo e data

Firma

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 e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.

Luogo e data

Firma del tutore