

CONSENSO INFORMATO PER IL SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA

A valere sull'Avviso Regionale "Povertà Educativa Minorile" - Programma Regionale Fondo Sociale Europeo plus 2021-2027 - Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale" - Priorità III- "Inclusione e Protezione Sociale"

Progetto: "Io e Te Insieme" CUP C44D25002160009 – Ambito Sociale ECAD 20 e ECAD 24

1. SOGGETTI COINVOLTI NELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione _____ n. _____, operante per conto dell'Ente del Terzo Settore _____, fornisce le seguenti informazioni relative allo **Sportello di Ascolto Scolastico** istituito presso l'Istituto _____. Il servizio è gestito in collaborazione tra l'ECAD 20 **Comune di Teramo (Ente Capofila)**, l'ECAD 24, l'Istituto Scolastico e l'ETS: ITACA Associazione per lo sviluppo locale ETS e Formatalenti società cooperativa sociale ARL

2. MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E TIPOLOGIA DI INTERVENTO

- **Tipologia d'intervento:** Consulenza psicologica, ascolto e orientamento.
- **Luogo:** Le prestazioni saranno rese in presenza presso i locali messi a disposizione dall'Istituto Scolastico.
- **Eventuale modalità E-Health:** Qualora necessario, il servizio potrà essere svolto da remoto, garantendo la sicurezza del setting e il rispetto della riservatezza.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E RENDICONTAZIONE FSE I dati personali e particolari del minore, pur essendo coperti dal segreto professionale, saranno trattati nel pieno rispetto della normativa vigente (GDPR 679/2016) per le seguenti finalità:

- **Finalità Cliniche:** Necessarie all'espletamento dell'intervento psicologico richiesto.
- **Finalità di Rendicontazione:** Poiché il progetto è finanziato con **fondi FSE**, i dati del minore (dati anagrafici e di partecipazione) verranno utilizzati esclusivamente

per la **rendicontazione del target di progetto** e per le verifiche amministrative obbligatorie da parte del Comune di Teramo e delle autorità di controllo competenti.

4. RUOLO DELLA SCUOLA E GESTIONE DEL RAPPORTO

L'Istituto Scolastico funge da punto di raccordo per la gestione e la raccolta dei consensi informati e cura i rapporti diretti con i genitori/tutori per l'attivazione del servizio.

5. SOTTOSCRIZIONE PER MINORENNI (Esercenti la responsabilità genitoriale)

I sottoscritti dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e di prestare il proprio consenso affinché il proprio figlio possa accedere alle prestazioni professionali.

Madre: Sig.ra _____ nata a _____ il //__
residente a _____ via/piazza _____
n. _____.

Firma della madre: _____

Padre: Sig. _____ nato a _____ il //__
residente a _____ via/piazza _____ n.
_____.

Firma del padre: _____

6. PERSONE SOTTO TUTELA (Se applicabile) Sig.ra/Il Sig.
_____ in qualità di Tutore del minore
_____ in ragione di
_____ (provvedimento/autorità).

Firma del tutore: _____

Luogo e data: _____

Firma del Professionista:

