

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI INTERVENTO IN CLASSE, CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO RELATIVO AL PROGETTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO dott.ssa Chiara Mazzer**

Si invitano i genitori a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo.

La sottoscritta dott.ssa MAZZER CHIARA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 4127, ([chiara.mazzer@icoderzo.edu.it](mailto:chiara.mazzer@icoderzo.edu.it)) prima di rendere le prestazioni professionali presso l'ISTITUTO COMPRESIVO DI ODERZO fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO "F. AMALTEO".

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

**Tipologia d'intervento**

- Incontro con il gruppo classe
- Incontro informativo con docenti e genitori
- Incontro individuale (se richiesto)

**Modalità organizzative** gli incontri in classe saranno organizzati in collaborazione con gli insegnanti e sarà comunicato tema e calendario ai genitori tramite mail istituzionale;

**Scopi** gli interventi della psicologa sono di tipo educativo e preventivo, si baseranno sul confronto e sulle riflessioni emerse dall'incontro col gruppo classe;

**Limiti** trattandosi di attività prevalentemente di gruppo e preventive in contesto scolastico non si potrà fare riabilitazione o terapia ma, nel caso di situazioni complesse che richiedano un intervento ulteriore saranno contattati i genitori per l'eventuale invio a servizi specialistici fuori dalla scuola. **La psicologa non può prendere in carico allievi o genitori.**

**Durata delle attività:** le attività in classe potranno durare da un minimo di un'ora ad un massimo di 4 ore per classe e potranno essere realizzate in orario scolastico.

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](http://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.

**I dati personali e sensibili** della persona che si rivolgerà nell'ambito del 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 sottoscritta dott.ssa CHIARA MAZZER, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto comprensivo di Oderzo 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.

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI INTERVENTO IN CLASSE, CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO RELATIVO AL PROGETTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO dott.ssa Chiara Mazzer**

La Sig.ra ..... genitore del/la minore ..... classe..... Scuola secondaria di I grado "F. Amalteo" Nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a ..... in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e *riportato nell'Allegato a) alla circolare n.....* e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Chiara Mazzer.

**Luogo e data**

**Firma**

Il Sig. .... genitore del/la minore ..... classe..... Scuola secondaria di I grado "F. Amalteo" Nato/a a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a ..... in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e *riportato nell'Allegato a) alla circolare n.....* e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Chiara Mazzer.

**Luogo e data**

**Firma**

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tutore del minorenn..... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

..... residente a ..... in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e *riportato nell'Allegato a) alla circolare n.....* e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Chiara Mazzer.

**Luogo e data**

**Firma del tutore**