

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO 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.**Marzari Elena**....., Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. **6653**, (inserire un recapito telefonico, o indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria o PEC - Posta Elettronica Certificata, o ogni altra informazione utile affinché il professionista possa facilmente essere contattata/o) prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola**Istituto Comprensivo Valdagno.2** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso (specificare il plesso)**Scuola Primaria Manzoni** ;

Le attività professionali saranno come di seguito organizzate:

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
- ☐ Altro (specificare)

Modalità organizzative **Colloquio individuale**

..... ;

Scopi /

..... ;

Limiti /

..... ;

Durata delle attività **45 minuti**

..... ;

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 ai nominativi degli alunni che richiedono di usufruire del Servizio proposto con i Docenti referenti del Progetto Sportello Prof. Guiotto Martina e Urbani Milvia, al fine di coordinarsi con loro in relazione alla calendarizzazione degli incontri con gli alunni stessi. Ciò 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/o dott.ssa/dott.Marzari Elena....., è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto Comprensivo Valdagno 2 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

Firma del Professionista

Elena Marzari

MINORENNI

La Sig.ra madre del/la minore
Nato/a a il ____/____/____
e residente a
in via/piazza.....n.....
dichiara di aver compreso quanto illu trato 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 della madre

Il Sig..... padre del minorenne
nato 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 del padre