

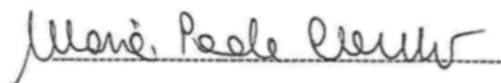
CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN AMBITO SCOLASTICO

La Dott.ssa Maria Paola Ciarelli, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi dell' Abruzzo n. 955, individuata quale professionista per lo svolgimento dello sportello psicologico scolastico, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC Pescara 5 fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno svolte in presenza o mediante l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza nei tempi e nelle modalità concordati con la dirigenza. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Meet della piattaforma d'Istituto GSuite for Education con link alla videoconferenza tramite collegamento al dominio @icpescara5.edu.it. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, riguardante "le regole generali per il trattamento dei dati" si informa che i dati personali forniti verranno acquisiti nell'ambito del servizio di ascolto scolastico. I dati saranno raccolti e trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente per le finalità ad esso connesse. Il Titolare del Trattamento è il Dirigente Scolastico prof.ssa Francesca Iormetti. Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) è il dott. Lucio Lombardi.

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

Il Professionista Psicologo dott.ssa Maria Paola Ciarelli



MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto / mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

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, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____