

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Cecilia Pirrone, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n.5495, sportello.psicopedagogico@isgparinilecco.edu.it, assicurata con Polizza professionale sottoscritta con CAMPI, Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani: Rc Terzi e Professionale/Spese legali, Polizza n. 500216023, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "G. Parini" fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'aula posta al secondo piano dell'Istituto,
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzata la piattaforma gsuite – applicazione meet, i colloqui non saranno registrati né in audio né in video. Si svolgeranno in uno spazio riservato e alla presenza del solo interessato. 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.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento: colloquio di sostegno psicologico;
 - b) modalità organizzative: per prenotare un appuntamento scrivere a **sportello.psicopedagogico@isgparinilecco.edu.it**;
 - c) scopi: promozione del benessere;
 - d) durata delle attività: anno 2022;
- 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.ordinepsicologi.it, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- La psicologa può derogare dall'obbligo del segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso da Lei specificamente rilasciato (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- La dott.ssa Cecilia Pirrone per lo svolgimento dell'incarico Sportello psico-pedagogico, conferitole dall'Istituto Superiore d'Istruzione "G. Parini", in relazione al trattamento dei dati personali (che saranno utilizzati esclusivamente per le finalità dell'intervento in oggetto) ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR), che prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato, sulla base dell'informativa ex art. 13 D.lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), è responsabile del trattamento dei dati raccolti, operando in accordo e nel rispetto della privacy condivisa dall'Istituto d'Istruzione Superiore "G. Parini", sito in Lecco Via Badoni, 2, e di cui il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico Raffaella Crimella.

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

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e/o in presenza presso la sede dell'istituto.

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e/o in presenza presso la sede dell'Istituto.

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e/o in presenza presso la sede dell'Istituto.

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico e/o in presenza presso la sede dell'Istituto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____