

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Concetta Randazzo - Psicoterapeuta, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n.6437 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di ascolto attivato presso l'Istituto Istruzione Superiore "G. Marconi" Vittoria fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dei locali dell'Istituto;
- Le prestazioni (qualora fosse necessario) verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *Skype o Zoom* con in modalità videochiamata. 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: colloqui di valutazione e colloqui di sostegno psicologico per gli alunni, colloqui informativi con familiari o con alunni e familiari, colloqui informativi con gli insegnanti, interventi in classe di prevenzione o promozione del benessere psico-sociale;
 - b) modalità organizzative: la professionista riceverà a colloquio alunni, genitori ed insegnanti previa prenotazione alla seguente email: psicologa.randazzo@istitutosuperioremarconi.edu.it. L'accesso al colloquio sarà consentito solo ed esclusivamente in possesso del presente consenso informato (nel caso di minorenni firmato da ENTRAMBI i genitori; nel caso dei maggiorenni firmato da loro stessi).

L'intervento in classe verrà concordato con il referente di classe sulla base di una precisa richiesta di intervento. In questo caso, sarà necessario avere il consenso informato di tutti gli alunni della classe.
- calendario: il servizio di sportello psicologico sarà attivo secondo il calendario elencato.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#).
- 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.

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

La Professionista (firma)

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA COMPILARE 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 *(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 dal/dalla dott./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 dal/dalla dott./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 dal/dalla dott./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 _____