

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi alla dott.ssa,

sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani-*di seguito C.D.*, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione offerta riguarda il supporto psicologico.
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di bisogno di supporto psicologico.
4. Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, **si informa che la prestazione** – per la quale in precedenza è già stato acquisito il relativo consenso informato - **verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.**

Nei casi in cui i colloqui in presenza non siano effettuabili per divieto della frequenza scolastica da parte delle autorità competenti (causa pandemia), o causa forza maggiore, verrà utilizzato il collegamento sulla piattaforma classroom (google suite) sempre nel totale rispetto delle *informazioni relative alla sicurezza e riservatezza dei colloqui.*

La Dott.ssa CHIARA ALCINI , a tal proposito, 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 dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

5. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
6. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico.
7. la durata globale dell'intervento non è definibile .
8. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla/al dott.ssa CHIARA ALCINI la volontà di interruzione;
9. La dott.ssa CHIARA ALCINI può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
10. Alunno e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**

il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

CONSENSO RISERVATO AGLI STUDENTI MINORENNI

I.T. st. Aterno Manthonè

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il

_____ residente a _____ in

via _____

codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

CONSENSO RISERVATO A

STUDENTI MAGGIORENNI, DOCENTI, PERSONALE A.T.A. E GENITORI

I.T. st. Aterno Manthonè

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Il/La sottoscritta _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

accetto il colloquio, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato riguardo al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, e esprimo il libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____