

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

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. Valeria Guidi, Psicologa, Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 6563, vateguidi@gmail.com

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto Istituito presso l'Istituto Comprensivo Statale L. Fibonacci fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - la prestazione offerta riguarda il sostegno psicologico in presenza
 - la prestazione è da considerarsi ordinaria
 - 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);*
 - per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato il colloquio
 - la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione
 - in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Valeria Guidi la volontà di interruzione;
 - la dott.ssa Valeria Guidi può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata 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.);
- La/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.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.

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

La/Il Professionista (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.

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.

Luogo e data _____ Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La _____ Sig.ra/Il _____ Sig. _____ nata/o _____ a
_____ il ____/____/____

Tutore del minore _____ in ragione di _____ 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.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____