

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

La sottoscritta Dott.ssa Marika Losito, Psicologa iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

n. 4809, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'**Istituto Comprensivo "San Giovanni Bosco – G. Venisti" - Capurso**, fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese online e/o in presenza presso l'**Istituto Comprensivo "San Giovanni Bosco – G. Venisti" sito in Capurso**
- Nel caso in cui non dovesse essere possibile svolgerle in presenza, le prestazioni 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 *WhatsApp, Google, google Meet o altro*, previo appuntamento via mail e invio della modulistica di autorizzazione richiesta. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia registrato.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento - sportello d'ascolto sui temi dell'area dispersione scolastica;
 - b) modalità organizzative - **colloqui on-line e/o in presenza previa prenotazione;**
 - c) scopi - **benessere psicologico, sostegno emotivo;**
 - d) durata delle attività - **anno scolastico 2023.**
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto 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 la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, allegando copia/e documenti di identità.

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 dalla dott.ssa Marika Losito presso lo Sportello di ascolto.

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 Marika Losito 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 dalla dott.ssa Marika Losito 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 _____

(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 Marika Losito presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____