

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

La sottoscritta Dott.ssa **Tiziana Carella**, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia con n° 1445 e individuata da codesto Istituto quale assegnataria dell'incarico per l'anno scolastico 2021-2022, per l'attivazione di consulenza psicologica, prot. n.4221 del 23.10.2021; prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Assistenza Psicologica istituito presso l'Istituto Comprensivo Giordani – De Sanctis di Manfredonia (FG), fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'Istituto "Giordani" (*in una stanza adibita per i colloqui*)
- Le prestazioni potranno essere svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza in base alle richieste e/o alle necessità legate alla situazione emergenziale.
- Le attività di assistenza psicologica saranno organizzate come di seguito:
 - a) Prenotazione **colloqui individuali per minori** mediante: l'invio di una mail alla dottoressa tizianacarella73@gmail.com oppure chiamandola al 3471807373, o in alternativa facendone richiesta al personale docente.
 - b) Prenotazione **colloqui individuali per genitori** mediante l'invio di una mail alla dottoressa: tizianacarella73@gmail.com oppure chiamandola al 3471807373, o in alternativa facendone richiesta al personale docente.
 - c) Modalità organizzative: **la dottoressa riceve il venerdì mattina a settimane alterne dalle ore 9,30 alle 12,30.**
 - d) Scopi: prevenire ed intercettare forme di malessere e disagio psico-fisico legate all'emergenza Covid 19 ed alla delicata fase del ciclo evolutivo; sostegno psicologico.
- 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
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Sostegno Psicologico, 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 Professionista

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

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 **Tiziana Carella** presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico.

Barrare la preferenza: *Colloquio in modalità in presenza* _____, *Colloquio in modalità online* _____

Luogo e data _____

Firma _____

MINORENNI

Il/La Sig./Sig.ra _____ genitore del minore _____ della classe/sezione _____

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 **Tiziana Carella** presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Il/la Sig./Sig.ra _____ genitore del minore _____

della classe/sezione _____

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 **Tiziana Carella** presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico.

Barrare la preferenza: *Colloquio in modalità in presenza* _____, *Colloquio in modalità online* _____

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minore _____ della classe/sezione _____ 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 **Tiziana Carella** presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico.

Barrare la preferenza: *Colloquio in modalità in presenza* _____, *Colloquio in modalità online* _____

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- Gli strumenti principali di intervento sono il colloquio e i test psicodiagnostici;
- La prestazione fornita non è una psicoterapia.
- Il trattamento dei dati da noi forniti sono trattati ai sensi dell'art.13 del D.L.vo 196/2003 e regolamento art.13 U.E. n. 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è la Dott.ssa Tiziana Carella;
- Il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- Lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12).

Luogo e data _____

Firma Genitore _____ Firma Genitore _____