

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

La sottoscritta Dott.ssa. Spitale Serenella, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 5412 [s.spitale@istitutocomprensivovoltaflordia.edu.it](mailto:s.spitale@istitutocomprensivovoltaflordia.edu.it) , recapito telefonico 3479707432, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico " A. Volta" di Floridia fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso un' aula predisposta o all' interno della classe frequentata
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di on line di carattere psicologico attraverso la piattaforma Gsuite for education. In particolare, verrà utilizzata la piattaforma o con la creazione di un link o di una classroom a cui si potrà accedere solo con le proprie credenziali per garantire *la sicurezza e la riservatezza del setting*. 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 secondo quanto previsto all' interno del progetto pubblicato sul sito della scuola.

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](http://www.ordinepsicologi.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 Professionista .....**

**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 \_\_\_\_\_ all'interno delle attività previste in classe o presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico (*anche 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 dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ all'interno delle attività previste in classe o presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico (*anche 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  
\_\_\_\_\_ *all' interno delle attività previste in classe o presso lo*  
Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico (*anche se le attività sono  
svolte a distanza*).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_