

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

La sottoscritta dott.ssa Zota Clementina Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Sicilia n 2411, (indirizzo di Posta Elettronica clementinazota@alice.it), prima di rendere le prestazioni professionali presso la Scuola Sant'Alessandra fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese presso il plesso Sant'Alessandra e potranno essere svolte secondo la seguente **Tipologia d'intervento**:

- Incontro individuale
- Intervento nel gruppo classe di tipo psico-educazionale
- Osservazione individuale dello studente nel gruppo classe
- Incontro informativo/formativo

con l'obiettivo di favorire il benessere psicologico dell'individuo, il suo successo scolastico dello studente e il benessere lavorativo dell'operatore scolastico.

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.oprs.it.

In particolare, il professionista è tenuto al segreto professionale, pertanto non condividerà verso terzi informazioni circa le attività svolte, né l'esistenza delle stesse.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al servizio, comunque coperti dal segreto professionale, saranno trattati esclusivamente per le strette esigenze del Servizio reso, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (GDPR - Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. In particolare, il professionista non comunicherà all'istituzione scolastica il nominativo della persona interessata; potrà tuttavia fornire all'istituzione dati aggregati che non permettano in ogni caso l'identificazione dei soggetti.

La sottoscritta dott.ssa Zota Clementina, è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'Istituto Comprensivo Sant'Alessandra e pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Dott.ssa Clementina Zota

La Sig.ra madre del minore

Nato/a a il ___/___/___

e residente a in via/piazza n....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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 Zota Clementina.

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 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 Zota Clementina.

Luogo e data

Firma del padre