



CONSENSO INFORMATO - MODULISTICA UNICA PER LA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA SVOLTA NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI SPORTELLO DI ASCOLTO NELLE SCUOLE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____

per i minori di 18 compilare la parte sottostante

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ in qualità di padre madre tutore esercente la responsabilità genitoriale

e
Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ in qualità di padre madre tutore esercente la responsabilità genitoriale

sul minore _____ nato a _____ il _____

sono informato/a / siamo informati chiaramente e compiutamente dal/la Dott./Dott.ssa _____ sugli aspetti della prestazione professionale per coloro che si rivolgono al servizio di sportello di ascolto psicologico nelle scuole in relazione ai seguenti punti inerenti il consenso informato:

- che il Servizio di Sportello di Ascolto è fornito dall'Istituto con la collaborazione di enti del privato sociale;
- che la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da prestazioni di psicologia individuale, ove si rendesse necessario la prestazione offerta può essere effettuata anche a distanza tramite piattaforma digitale (skype, zoom, meet, whatsapp videocchiamata);
- che la prestazione psicologica verrà prestata dalla/o Psicologo/a assegnato al servizio di informazione e ascolto psicologico nelle scuole;
- che la prestazione è finalizzata ad attività professionali 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 (art. 13 lett. C del Regolamento UE 679/2016- di seguito GDPR e D.lgs 101/2018);
- che la prestazione è finalizzata ad attività di sostegno in ambito psicologico;
- che il principale strumento di intervento sarà il colloquio psicologico;
- che lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani *-di seguito C.D.-*, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale;
- che lo psicologo può derogare quest'obbligo in base a quanto previsto dagli art. 12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- i dati personali e sensibili 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 679/2016) e del Codice Deontologico degli Psicologi italiani. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso nel caso di colloqui o incontri di gruppo 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 prevedono efficienti sistemi di protezione dei dati;
- che la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
- che in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al/alla Dott./Dott.ssa _____ la volontà di interruzione;
- che il/la Dott./Dott.ssa 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 informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art. 27 del C.D).

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato e avendo ricevuto dal/la Dott./Dott.ssa _____ apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità del trattamento a cui verrà sottoposto, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicate,

per proprio conto

esercitando la rappresentanza legale sul/sulla minore _____ sopra indicato, qualora il minore desiderasse usufruire del servizio,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo _____ Data _____

Timbro e firma del professionista _____

Firma _____

Firma _____