

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

La sottoscritta Dott.ssa Maria Buzi, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio al N. 983 (tel. 348 3587351, m.buzi@iocerretosellano.com), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Omnicomprensivo "Cerreto di Spoleto - Sellano", fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni verranno prevalentemente svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet con le seguenti modalità:

- a) prenotazione diretta dell'interessato attraverso invio di e-mail all'indirizzo "m.buzi@iocerretosellano.com";
- b) ai fini della riservatezza e della tutela della *privacy*, non si procederà a videoregistrazione degli incontri.

Le prestazioni saranno rese anche in presenza, se possibile e ove richiesto, presso i locali della Scuola.

La sottoscritta dichiara inoltre 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, essendo dotata di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:

- a) tipologia d'intervento: colloqui
- b) modalità organizzative: richiesta via e mail direttamente alla professionista
- c) scopo: supporto psicologico per favorire il benessere scolastico e relazionale degli alunni, delle loro famiglie e del personale scolastico, docente e non docente;
- d) durata delle attività: come previsto dal protocollo di intesa tra il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi e il Ministero dell'Istruzione (n.003 del 16/10/2020).

La sottoscritta, nello svolgimento delle proprie funzioni, si atterrà alle raccomandazioni del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile *on line* sul sito del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi all'indirizzo www.psy.it.

I dati personali delle persone che si rivolgeranno 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.

o o o

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Dott.ssa Maria BUZI

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

PER I 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 Maria BUZI presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data

Firma

PER I 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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Maria BUZI presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico

Luogo e data
madre

Firma della

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 Maria BUZI presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico

Luogo e data
del padre

Firma

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 Maria BUZI presso lo Sportello di ascolto/mediante
interventi di E-Health di carattere psicologico.

Luogo e data
del tutore

Firma