

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

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

La sottoscritta dott.ssa **RAFFAELLA DI COSMO Psicologa-Psicoterapeuta**, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 6744, (raffaelladicosmo@solimanelavello.gov.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative alla Sportello Psicologico presso l'I.I.SS G. Solimene di Lavello (PZ) con sede associata Palazzo San Gervasio fornisce le seguenti informazioni.

Le tipologie d'intervento professionale saranno organizzate in:

****Incontro individuale:***

Le prestazioni saranno rese in presenza o in modalità videoconferenza su piattaforma GSuite/Meet della scuola, in accordo con il professionista.

- Gli interessati inviano email all'indirizzo raffaelladicosmo@solimanelavello.gov.it ed indicano giorno e orario preferito;
- La sottoscritta provvede a confermare l'appuntamento, riservandosi variazioni ai termini dell'appuntamento per un'organizzazione efficace dei colloqui;
- I colloqui avranno durata di 30 minuti circa;
- Potranno chiedere appuntamento gli studenti, le famiglie, i docenti e il personale scolastico.

****Interventi nel gruppo classe***

****Incontri informativo/formativo***

L'obiettivo dello Sportello Psicologico è

- Proporre una serie di interventi atti a sostenere gli studenti nel percorso formativo e in un'ottica del benessere scolastico ed extrascolastico.
- Offrire un sostegno psicologico e di aiuto nell'affrontare eventuali problematiche adolescenziali e del personale della scuola.

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.ordinepsicologiveneto.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 nell'ambito 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.

La sottoscritta dott.ssa RAFAFELLA DI COSMO è titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell'incarico ricevuto dall'I.I.S.S G. SOLIMENE di Lavello (PZ) 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.

Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

Firma del Professionista
Dr.ssa Raffaella Di Cosmo
Psicologa-Psicoterapeuta
Infanzia-Adolescenza-Età adulta

MAGGIORENNI (per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La studentessa / Lo studente / La signora / Il signor dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del/la 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 dal... dott.

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 dal... dott.

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 e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.

Luogo e data

Firma del tutore