

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

La/ll sottoscritta/p Dott.ssa/Dott. ROMANO BRIGIDA, Psicologa/p, iscritta/p all'Ordine degli Psicologi della Campania n. 11136,

brigida.romano@psypoc.it

(inserire recapiti di contatto: recapito telefonico | indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria | Posta Elettronica Certificata | ogni altra informazione utile) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico _____
fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso _____ (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali qualora l'attività sia svolta in presenza)
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento _____ (inserire la descrizione dello strumento informatico utilizzato da remoto, ad esempio tipo di tecnologia utilizzata: Skype, WhatsApp, o altro) con le seguenti modalità _____ (informazioni relative alla sicurezza e riservatezza del setting, possibilità o meno di registrare le sedute etc., evidenziando anche specificamente i rischi che eventualmente si potrebbero correre per la mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del professionista). 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 come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento _____
 - b) modalità organizzative _____
 - c) scopi _____
 - d) limiti _____
 - e) durata delle attività _____
- La/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.ordinepsicologier.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/Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (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 dal/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (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 _____ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____