



**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO
SPORTELLO DI SOSTEGNO PSICOLOGICO ISTITUITO
DALL'ISTITUTO COMPrensIVO VIETRI SUL MARE**

La sottoscritta Dott.ssa Daniela Sollazzo Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.1952, recapito di contatto danielasolla@icvietrisulmare.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Supporto Psicologico istituito presso l'ISTITUTO COMPrensIVO VIETRI SUL MARE fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso UN LOCALE ADIBITO ALL'INCONTRO NEI VARI PLESSI DELL'ISTITUTO (*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 GSUITE con le seguenti modalità: RICHIESTA DI COLLOQUIO ATTRAVERSO L'ACCOUNT PRIVATO DEL PROFESSIONISTA danielasolla@icvietrisulmare.edu.it , NEL RISPETTO DELLE NORME DI SICUREZZA E DI RISERVATEZZA DEL SETTING; NON SARA POSSIBILE REGISTRARE O VIDEOREGISTRARE GLI INCONTRI.
- 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:

tipologia d'intervento:

1) COLLOQUIO INDIVIDUALE

SCOPI: ASCOLTO E SOSTEGNO PSICOLOGICO AL MINORE, AI GENITORI, AL PERSONALE SCOLASTICO (ON LINE O IN PRESENZA);

EVENTUALE INVIO AI SERVIZI TERRITORIALI DI COMPETENZA;

LIMITI: IL SERVIZIO SI IDENTIFICA COME CONSULENZA, NON PREVEDE UN PERCORSO DI PSICOTERAPIA;

2) OSSERVAZIONE DEL GRUPPO CLASSE; INTERVENTI DI GRUPPO FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DEL CLIMA RELAZIONALE (IN PRESENZA);

3) INCONTRI TEMATICI RIVOLTI AI GENITORI (ON LINE O IN PRESENZA);

4) INCONTRI TEMATICI RIVOLTI AGLI INSEGNANTI (ON LINE O IN PRESENZA);

DURATA DELLE ATTIVITA' : IL SERVIZIO E' ,PREVISTO PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO

- 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.

SI PRECISA CHE AL MODULO SOTTOSCRITTO DAI GENITORI/TUTORI DOVRANNO ESSERE ALLEGATE COPIE DEI DOCUMENTI DI IDENTITÀ

La Professionista Dott.ssa Daniela Sollazzo

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 dalla dott.ssa Daniela Sollazzo presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico in presenza a scuola o di E-Health se le attività didattiche 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 dalla dott.ssa Daniela Sollazzo presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico in presenza a scuola o di E-Health se le attività didattiche sono svolte a distanza.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

In caso di non presenza di uno dei genitori

MINORENNI

il/la sottoscritto/a _____ madre/padre del minore _____

nato a _____ il _____, e residente a
_____ in via/piazza _____ n. _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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 Daniela Sollazzo presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico in presenza a scuola o di E-Health se le attività didattiche sono svolte a distanza; precisa, altresì, di aver effettuato tale scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

In caso di minori 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 Daniela Sollazzo presso lo Sportello di ascolto mediante interventi di carattere psicologico in presenza a scuola o di E-Health se le attività didattiche sono svolte a distanza.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____